



HØGSKULEN I
SOGN OG FJORDANE

Masteroppgåve i organisasjon og leiling
Helse- og sosialleiling

Kari Krogh

Kommunale pleie- og
omsorgstenester – budde på
framtida?

- ein studie av
sjukepleiarkompetanse, leiling
og kvalitet

Oktober 2006

Avdeling for økonomi og språk
Sogndal

Samandrag og abstract

Kommunale pleie- og omsorgstenester – budde på framtida? Ein studie av sjukepleiarkompetanse, leiing og kvalitet

Føremålet med studien er å bidra til å betre føresetnadene for leiing og kvalitetsutvikling i pleie- og omsorgstenestene. Eg er oppteken av å sjå heilskap og samanhengar, og studien dreier seg i stor grad om kontekstuelle tenkjemåtar: I kva grad er sjukepleiarar og leiarar i stand til å setje eigne roller og oppgåver inn i ein større organisatorisk og samfunnsmessig samanheng. Dette heilskaps- og meiningsperspektivet har nær samanheng med ein prosessorientert, analytisk tenkje- og arbeidsmåte, noko som også er eit grunnleggjande element i studien min, i samband med spørsmål om kvalitets- og endringsarbeid. Eg har nytta ein kvalitativ metode med uformelle intervju av åtte informantar, som er tenesteleiarar i kommunale pleie- og omsorgstenester. Eg har analysert datamaterialet etter Kvale (1997) sin analysemodell i seks trinn. Funna i studien viser at ei systematisk kvalitetsutvikling og -forbetring av tenestene er vanskeleg å få til, mest fordi både sjukepleiarane og tenesteleiarane har sterkast fokus på den kliniske og pleiemessige delen av arbeidet. Funna viser også at kompetansen til sjukepleiarane i liten grad er kontekstuell. Det vil seie at den er lite retta mot organisasjon, system, analytisk tilnærming og systematisk forbetring.

Local nursing and care services – prepared for the future?

A study in nurse competence, leadership and quality

The purpose of the present study is to contribute to improving the conditions for leadership and quality improvement in the local nursing and care services. I believe that a wider, social and organizational perspective should be an integral part of the nursing competence. Thus my study thematises contextual ways of thinking: To what extent are nurses and leaders able to see their own professional roles and tasks in a wider organising and social context? This contextual perspective is closely related to a processoriented, analytical way of thinking and working, which is a basic element in my study, related to questions of quality and change work. In my study I have used a qualitative method with informal interviews with eight informants, who are section leaders in the local nursing and care services. I have analysed the collected data in accordance with Kvaes (1999) analyse model in six phases. The findings in my study indicate that systematic quality development and improvement of the services are difficult to achieve, as both the nurses and the leaders chiefly focus on the clinical and care-related parts of their tasks. The findings also show a deficiency in contextual knowledge in the nursing competence. This means that there is a lack of focus on organization, system, analytical approach and systematic improvement work.

Føreord

Denne oppgåva er ein del av masterstudiet i helse- og sosialeiing ved Høgskulen i Sogn og Fjordane. Studiet har vore spennande, arbeidskrevjande og lærerikt, og til stor inspirasjon i arbeidet mitt som leiar for pleie- og omsorgstenestene i Eid kommune.

Takk til studieleiaren - og rettleiaren - min, Øyvind Glosvik. Han har organisert og tilrettelagt studiet på ein framifrå måte, og som rettleiar har han vore engasjert, hjelpsam og konstruktiv.

Ein særleg takk til informantane, som med sine bidrag har gjort denne studien mogleg, og fordi dei har vore imøtekomande og interesserte.

Til slutt vil eg også rette ei takk til mannen min, som i to år har teke seg av også min del av huslege syslar. I tillegg har han vore ein viktig inspirator og diskusjonspartnar gjennom arbeidet mitt med prosjektet.

Nordfjordeid, den 06.10.06

Kari Krogh

Innhald

1.0	INNLEIING	7
1.1	Problemstilling, avgrensing og føremål	9
1.2	Definisjonar av sentrale omgrep	11
1.3	Oppbygging av oppgåva	12
2.0	LEIING, KOMPETANSE OG KVALITET	15
2.1	Kommunale pleie- og omsorgstenester i eit kontekstuellt perspektiv	16
2.2	Tenesteleiarfunksjonen i eit kontekstuellt perspektiv	19
	Produsentfunksjonen (P)	21
	Administratorfunksjonen (A)	23
	Integratorfunksjonen (I)	24
	Entreprenørfunksjonen (E)	26
2.3	Kompetanse i eit kontekstuellt perspektiv	28
	Organisasjons- og organiseringskompetanse	29
	Rollekompetanse og rollekontekst	30
	Endrings- og forbettringskunnskap	31
2.4	Kvalitetstenester	33
	Kvalitetsutviklingsprosessar/forbettringsarbeid	35
2.5	Tre teoretiske perspektiv: <u>Ein</u> operasjonell drøftingsmodell	38
2.6	Oppsummering	40
3.0	METODISK TILNÆRMING	43
3.1	Val av metode	43
	Forskinsintervjuet	45
	Forskarrolla	45
3.2	Val av informantar	46
3.3	Metode for innsamling av data	48
	Intervjusituasjonen	49
3.4	Analyse og tolking	51
3.5	Validitet, reliabilitet og generalisering	53
	Validitet	53
	Reliabilitet	55
	Generalisering	56
3.6	Etiske vurderingar	57
3.7	Oppsummering	59

4.0	PRESENTASJON AV DATA	61
4.1	Presentasjon av informantane, rammer og arbeidsvilkår	61
4.2	Sjukepleiarkompetanse som faktor i produksjon av kvalitetstenester	62
	Tenesteleiarane si oppfatning av kvalitetstenester	62
	Sjukepleiarane sin samansette kompetanse	64
	Mål, rolleforståing, lovkrav og brukarmedverknad	66
4.3	Sjukepleiefaglege føresetnader for å delta i leiarane sitt administrative arbeid	68
	Sjukepleiarane si forståing for - og deltaking i – administrative leiaroppgåver	68
	Systematisk arbeid, planlegging	69
	Sakshandsaming, prioritering av oppgåver	71
4.4	Interne kvalitets- og forbettringsprosessar	72
	Kommunikasjon og prosessuelle arbeidsmåtar	75
4.5	Strategiar for endring og fornying	77
	Rom for strategisk tenking	78
	Nyskappings- og forbettringskompetanse	79
4.6	Oppsummering av funn	80
	Produsentfunksjonen	81
	Administratorfunksjonen	81
	Integratorfunksjonen	82
	Entreprenørfunksjonen	82
5.0	OMFATTANDE SENTRAL SATSING PÅ KVALITET – MOGLEGHEITER FOR SJUKEPLEIEFAGLEG OPPFØLGING?	83
5.1	Produsentfunksjonen (P), sjukepleiarkompetanse og kvalitet	83
5.2	Administratorfunksjonen (A), sjukepleiarkompetanse og kvalitet	86
5.3	Integratorfunksjonen (I), sjukepleiarkompetanse og kvalitet	89
5.4	Entreprenørfunksjonen (E), sjukepleiarkompetanse og kvalitet	93
5.5	Oppsummering	95
6.0	KONKLUSJON	99
6.1	Funn i studien	99
	Spørsmål A: Produksjonsfunksjonen (P), kompetanse og kvalitet	99
	Spørsmål B: Administratorfunksjonen (A), kompetanse og kvalitet	100
	Spørsmål C: Integratorfunksjonen (I), kompetanse og kvalitet	101
	Spørsmål D: Entreprenørfunksjonen (E), kompetanse og kvalitet	101
6.2	Refleksjon omkring det teoretiske rammeverket for studien	102
6.3	Avslutting	103
6.4	Framlegg til utviklings- og forbetringstiltak	104
6.5	Framlegg til vidare forskning	105

LITTERATURLISTE

106

TABELLAR OG VEDLEGG

Figurar

Figur 1:	Strand (2001) sin modell for fire organisasjonstypar	16
Figur 2:	Strand (2001) sin modell for fire leiingsfunksjonar	20
Figur 3:	Modell: Operasjonalisering av tre teoretiske perspektiv	38

Tabellar

Tabell 1:	Problemstilling, teori og spørsmål i intervjuguiden. Samanstilling og samanhengar	59
-----------	--	----

Vedlegg

Vedlegg 1	Informasjon til informantane om studiet	109
Vedlegg 2	Skjema for demografiske data	110
Vedlegg 3	Informert samtykke	111

1.0 Innleiing

Det skjer i dag ei rivande utvikling og endring av dei offentlege velferdsordningane. Også pleie- og omsorgstenestene er omfatta av denne prosessen. Statlege styresmakter har gjennom sine satsingar i t.d. eldreomsorga og psykiatrien det siste ti-året retta innsatsen mot dei kvantitative sidene ved dei kommunale pleie- og omsorgstenestene. Gjennom øyremerkte midlar har kommunane fått ressursar til nye fagstillingar, utdannings- og kompetansehevingstiltak og utbygging av sjukeheimar og omsorgsbustader. No ønskjer statlege styresmakter å satse breitt og målretta på innhaldet i - og kvaliteten på - tenestene.

I 2005 la Sosial- og helsedirektoratet fram ”Nasjonal strategi for forbedring i sosial- og helsetjenesten”, (2005 – 2015): ”og bedre skal det bli”. Strategien set søkjelyset på nokre viktige val og aktivitetar som skal føre til betre kvalitet i sosial- og helsetenestene, og byggjer på prinsippa om kvalitet, forbetningsarbeid, refleksjon over eigen praksis og læring. Forsking, kunnskapsbasert praksis og forbetningsarbeid vert sett i samanheng for å mogleggjere ei meir heilskapleg satsing på gode og trygge tenester. Representantar frå tenestene skal vere med og utarbeide handlingsplanar på fem innsatsområde¹. I innleiinga til strategidokumentet heiter det at denne strategien skal gjere det mogleg for leiarar og tenesteutøvarar å ta tak i - og arbeide med - forbetningsområde på arbeidsplassen. Bakgrunnen for å føre vidare tidlegare kvalitetssatsingar² er at korkje leiarar, tenesteutøvarar eller brukarar opplever tenestene som gode nok. Kvalitet i eit breiare og meir heilskapleg perspektiv blir difor sett i fokus.

Andre tiltak som statlege styresmakter har sett i verk for å samordne - og sikre kvaliteten i - sosial- og helsetenestene, er t.d. ei felles internkontrollforskrift (2002), ei felles kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstenestene (2003) og forskrifta om individuelle planar (2001). Kvalitetsforskrifta tek utgangspunkt i at brukarane sine grunnleggjande behov skal oppfyllest, og individuelle planar skal sikre pasientar og brukarar med behov for langvarige og koordinerte tenester eit heilskapleg og individuelt tilpassa tenestetilbod. Brukarperspektivet og å få til ei reell integrering av dette er ei stor utfordring for tenestene. I føremålsparagrafen i internkontrollforskrifta heiter det at forskrifta skal bidra til fagleg forsvarelege helse- og sosialtenester, og at sosial- og helselovgjevinga skal oppfyllest gjennom krav til systematisk styring og kontinuerleg forbetningsarbeid i tenestene. I § 4-e i

¹ Styrkje brukaren, styrke utøvarane, forbetre leing og organisasjon, styrke forbetningskunnskapen sin plass i utdanningane, følge med og evaluere tenestene.

² ”Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten” 1995 – 2001” og ”Kunnskap og brubygging 1997-2001” i sosialtenesta.

internkontrollforskrifta er det også nedfelt at dei ansvarlege for verksemdene skal ”gjøre bruk av erfaringer fra pasienter/tjenestemottakere og pårørende til forbedring av virksomheten”, og at brukarane skal takast med på råd ved utforming og endring av tenestetilbodet (§ 3). Retten til brukarmedverknad er også nedfelt i Sosialtenestelova (§ 8-4) og i Pasientrettighetslova (§ 3-1).

I lovverket er også systemansvaret til kommunane fastlagt når det gjeld å syte for at personalet i dei kommunale helsetenestene har den kunnskapen som krevst. Både helsepersonellova, §§ 4 og 16 og Kommunehelsetenestelova, § 6-1, slår fast systemansvaret når det gjeld fagleg forsvarlegheit og fagleg ajourhald. Mellom anna skal tenestene organiserast slik at personalet ”*blir i stand til å overholde sine plikter*”, og kommunane pliktar å medverke til undervisning, praktisk opplæring av helsepersonell, og vidare- og etterutdanning. I hovudavtalen mellom Kommunenes sentralforbund og arbeidstakarorganisasjonane, § 7 (2006-2009), er det nedfelt at kommunane skal utarbeide ein opplærings- og utviklingsplan som ein del av den samla kommuneplanen. ”Rammeplan for sykepleierutdanning” (2004) slår fast at utdanningsinstitusjonane skal legge meir vekt på å integrere leiings-, forskings- og forbetningskunnskap i utdanninga.

Nasjonal helseplan (2007-2010) er under utarbeiding, og hausten 2006 legg regjeringa fram ei ny Stortingsmelding om framtida sine former for omsorg for og assistanse til eldre, menneske med funksjonshemming og andre med behov for bistand. Regjeringa ønskjer å gjennomføre snarlege styrkingstiltak, og pleie- og omsorgstenestene må såleis bu seg på ytterlegare omstillingar og utfordringar.

Nye tenkjemåtar, endringar og krav til kvalitet, oversyn og heilskap, har ført til at dei fleste kommunar har organisert pleie- og omsorgstenestene i resultatstyrte einingar, og leiarrolla har endra seg frå ei fagleg styring til heilskapleg systemansvar for drifta av avdelingane.

Intensjonane i statlege strategi- og styringsdokument er å satse på kvalitet i eit breitt og heilskapleg perspektiv, og å styrkje kompetansen. Vidare skal leiing og styring av tenestene utøvast og vidareutviklast i eit samspel mellom leiarar, tenesteutøvarar og brukarar.

Fokuset mitt i denne studien er nettopp kompetanse - og tenesteleiarar i pleie- og omsorgstenestene sitt arbeid med kvalitetsutvikling i ei endringstid. Eg ønskjer å sjå nærare på kva føresetnader som er viktige for ei samhandling mellom sjukepleiarar og tenesteleiarar for å yte kvalitetstenester. Eg

ønskjer å få meir innsikt i sjukepleiarane sin kontekstuelle kompetanse, og i kva grad denne kompetansen har betydning i dette kvalitetsarbeidet.

1.1 Problemstilling, avgrensing og føremål

Gjennomgangen av relevante statlege føresegner understrekar omfanget av det ansvaret som ligg til tenestene, og kor gjennomregulerte og kompetansekravjande dei er. Eg har arbeidd som leiar i pleie- og omsorgssektoren sidan 1990, og har følgd utviklinga med stor interesse.

For meg som leiar er "meningsperspektivet" eit overordna prinsipp: Det har stor eigenverdi å sjå seg sjølv/si eiga rolle - og organisasjonen sin - i ein samfunnsmessig samanheng. Mitt syn og mi erfaring er at denne konteksttankegangen er ein nyttig og konstruktiv tenkjemåte og ein god reiskap i det daglege arbeidet, på alle arbeidsområde og på alle nivå i organisasjonen. Vilråa og føresetnadene for leiing endrar seg raskt, og både daglege avgjersler og meir langsiktige strategiar må sjåast i eit skiftande heilskapsbilete. Denne erkjenninga er også mi drivkraft i leiararbeidet, og difor utgangspunktet for mitt val av tema og problemstilling.

Eg opplever likevel at ein slik organisatorisk kompetanse/tenkjemåte ikkje er internalisert i personalet si faglege rolleforståing. Eg har ofte undra meg over kvifor ikkje sjukepleiargruppa i større grad aktiverer den "handlingskompetansen" som Rammeplan for sykepleierutdanning (2004) seier dei skal ha i organisasjonskunnskap, leiing og forbetring. Planen krev at dei skal ha nok kunnskap til å ta ansvar, initiativ og kunne arbeide sjølvstendig også innafor ovannemnde område.

Med bakgrunn i desse erfaringane og refleksjonane har eg formulert følgjande problemstilling:

Kva sjukepleiefagleg kompetanse trengst for å kunne leie, utvikle og yte kvalitetstenester i pleie og omsorg i ei endringtid?

Det grunnleggjande spørsmålet, som eg har vore oppteken av i mange år, er om personalet i i pleie- og omsorgssektoren i mindre kommunar i Noreg, i denne studien avgrensa til sjukepleiarar, har den kompetansen som trengst for å kunne samspele med tenesteleiarane om å oppfylle intensjonar om endring og forbetring av tenestene.

For å få svar på forskingsspørsmålet mitt, stiller eg følgjande konkrete spørsmål:

Kva kompetanse meiner tenesteleiarane er viktig for å kunne yte kvalitetstenester i ei endringstid. Kva kunnskapar og ferdigheiter legg dei vekt på hos sjukepleiarane?

Den kliniske³ kompetansen er kjernekompetansen i sjukepleia. Men sjukepleiarane har også med seg kunnskap om organisasjon og leiing frå utdanninga si. Er tenesteleiarane bevisste på denne kompetansen i arbeidet med å betre den direkte tenesteytinga, og har sjukepleiarane sjølve klare formeiningar om t.d. måla for tenesteytinga?

Kva verdi knyter tenesteleiarane til sjukepleiarane sin kompetanse i leiing, styring og administrasjon, altså den type kompetanse som ikkje direkte vert oppfatta som pleie- og omsorgsretta?

Sakshandsaming, budsjettoppfølging og planlegging er viktige delprosessane i tenestene. Kva verdi meiner tenesteleiarane at sjukepleiarane sin kompetanse har for kvalitetsarbeidet i slike prosessar? Eg set dette i samanheng med prosessuell kompetanse og systemkompetanse (kap. 1.2).

Meiner tenesteleiarane at sjukepleiarane har tileigna seg tilstrekkeleg kunnskap om forbetningsarbeid og prosessuelle arbeidsmåtar? Har dei noka oppfatning av korleis slik kunnskap kan tileignast og brukast i kvalitetsutviklingsarbeidet?

Prosessuelle arbeidsmåtar er i denne samanhengen meint som kompetanse for å kunne forstå og beskrive arbeidsprosessar og pasientforløp, og eg spør om sjukepleiarane har ei kritisk og analytisk holdning til eigen og verksemda sin innsats, med tanke på forbetring av arbeidsprosessane.

Meiner tenesteleiarane at sjukepleiarane er opptekne av visjonar og strategiar? I kva grad knyter sjukepleiarane utøving av faget sitt til individuelle og kollektive utviklingsmål?

Eg ønskjer her å få tenesteleiarane sitt syn på om sjukepleiarane er opptekne av å sjå seg sjølve og organisasjonen sin som ein del av eit større samfunnsbilette, om dei tek del i overordna utviklingsprosessar, og om dei ser og er bevisste på ulike kontekstar og samfunnsendringar.

Eg har samla inn data ved å intervjuje åtte tenesteleiarar i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene. På grunnlag av desse empiriske funna vil eg søkje å finne forklaringar på forskingsspørsmålet mitt.

Føremålet med studien er å bidra til å betre føresetnadene for leiing og utvikling i pleie- og omsorgstenestene. Eg ønskjer at mi undersøking av tenesteleiarane sine egne opplevingar kan vere med på å setje fokus på pleie- og omsorgstenestene sine utfordringar i kompetanse- og

³ Med det meiner eg det direkte pasientarbeidet: Behandling, pleie og omsorg.

kvalitetsarbeidet, og bevisstgjere ansvarlege leiarar - og sjukepleiarar - om nokre sentrale føresetnader for utviklingsarbeid.

Dei undersøkingane eg har funne om leiing og kvalitetsutvikling i eit endringsperspektiv, er gjorde innafor sjukehussektoren. Berre i liten grad er mitt tema – kompetanse, leiing og kvalitetsutvikling i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene – gjort til gjenstand for forskning. Elles er litteraturen eg har funne, mest retta mot helsedelen i pleie- og omsorgstenestene, men det har ikkje noko å seie for det tematiske innhaldet i studien.

1.2 Definisjonar av sentrale omgrep

Eg vil i det følgjande klargjere nokre sentrale omgrep eg nyttar i studien min, i tillegg til dei eg gjer greie for i kap. 1.1. Omgrepa i kap. 1.1 og her i kap.1.2 vert også definerte og drøfta nærare i kapittel 2 og kapittel 5, og modell 3 i kapittel 2.5 illustrerer den teoretiske plasseringa og konteksten for dei ulike omgrepa.

Systemkompetanse: Med dette meiner eg sjukepleiarane sin kjennskap til strukturar og prosessar i organisasjonen, og kompetanse i og interesse for å påverke og forbetre desse til det beste for brukarane.

Sjukepleiefagleg: Eg tek også her utgangspunkt i ei kontekstuell tilnærming: Tek sjukepleiarane i bruk sin heilskaplege sjukepleiarkompetanse i kvalitets- og utviklingsarbeidet, dvs. kunnskap om organisasjon, styring og leiing som dei skal ha tileigna seg i utdanninga i tillegg til den kliniske kompetansen.

Leie, utvikle og yte (kvalitetstenester): Konteksttankegangen er aktuell også her. Eg nyttar eit kontekstuellt perspektiv på leiing i studien, med utgangspunkt i fire ulike leiarfunksjonar (jfr. kap. 2.2). Eg kombinerer leiarfunksjonane med eit kontekstuellt perspektiv på kvalitet og kompetanse. Kva sjukepleiarkompetanse og prosessar er viktige når det gjeld å yte og å utvikle tenestene, og korleis forbettringsprinsipp og forbettringsmetodar vert tekne i bruk i ulike prosessar - i alle dei fire leiarfunksjonane.

Kvalitetstenester: Eg støttar meg til Øgar og Hovland (2004) sitt kontekstuelle perspektiv på kvalitet: Kvalitet er ikkje eit eintydig omgrep, men eit produkt av ulike element som vert ulikt vektlagde ut frå ståstad og egne oppfatningar.

Pleie og omsorg: Pleie- og omsorgstenestene skal yte sjukepleie, personleg hjelp og praktisk bistand til alle som har behov for det. Tenestene omfattar heimesjukepleie, sjukeheimsteneste og heimhjelpsteneste. Det er to lovverk som regulerer tenesteytinga: Lov om helsetjenesten i kommunene (1982) og Lov om sosiale tjenester (1991).

Endringstid: I innleiinga til dette kapitlet viser eg til nokre offentlege styringsdokument som klargjer dette omgrepet. Pleie- og omsorgstenestene, til liks med andre offentlege tenester, gjennomgår ei rivande utvikling som samfunnet elles. Aktuelle endringar som tenestene må forholde seg til, er: Ny teknologi, eldrebølgje, nye pasientgrupper, ny kompetanse, forskning, organisatoriske endringar, nye filosofiar og perspektiv, nye metodar og verkty. Utfordringane i pleie- og omsorgstenestene - i ei endringstid - er knytte til både ytre vilkår og rammer, forbetring av eigen organisasjon, og indre utfordringar som kontinuerleg forbetring og effektivisering.

Kontekst: Ordet kontekst kjem frå latin og tyder innhald, samanheng; den språklege samanheng som eit ord eller eit uttrykk er ein del av. Kontekstualitet/kontekstavhengigheit: Det at betydninga av eit ord er avhengig av den samanhengen det står i. Kontekstuell: Adjektiv som gjeld ein kontekst, som førekjem innafor ein kontekst⁴. Eg tek utgangspunkt i Strand (2001) sitt perspektiv på leing: Ein mangefasettert sosial praksis som ikkje kan fangast inn ved eitt einskild omgrep. Leing vert ikkje utøvd i eit vakuum, det får meining innafor ein kontekst. Også krav til kvalitet og kompetanse er ein del av denne konteksten.

Tenesteleiar: "Tenesteleiar" er i dag ei vanleg nemning for leiarar med totalansvar for sine avdelingar, og eg brukar også denne nemninga om informantane i denne studien.

1.3 Oppbygging av oppgåva

For å belyse problemstillinga, nyttar eg teori som tek føre seg ulike sider ved leing, kompetanse og kvalitet. Eg legg eit kontekstuellt perspektiv på leing, fordi det er vanleg og gjenkjenneleg å dele leiarfunksjonar inn i fire: Fagleg tenesteyting, administrasjon, integrasjons- og arbeidsprosessar og strategisk planlegging og arbeid (Strand 2001:29). Både den delen av teorikapitlet som omhandlar leing, spørsmålsstillinga i intervjuguiden,

⁴ Fremmedordbok, Kunnskapsforlaget.

empirien, drøftinga og konklusjonen er symmetrisk oppbygde, og følger inndelinga i denne modellen for fire leiingsfunksjonar: produsent, administrator, integrator og entreprenør.

Oppgåva er delt inn i 5 kapittel.

I kapittel 1, gjer eg greie for studien sitt tema, problemstilling, avgrensing og føremål.

Kapittel 2 utgjer studien sitt teoretiske rammeverk: Eit kontekstuellt perspektiv på leiing, og definisjonar av - og element ved - omgrepa kompetanse og kvalitet. Eg kombinerer dei tre teoretiske perspektiva i ein modell som dannar utgangspunktet for drøftinga av funn, og for konklusjonen i studien.

I kapittel 3 gjer eg greie for metodiske val og studien sin validitet, reliabilitet, generalisering og etiske vurderingar.

I kapittel 4 vert funna i studien presenterte.

I kapittel 5 vert funna drøfta i lys av relevant litteratur og teori.

I kapittel 6 vert konklusjonen presentert, i tillegg gjev eg nokre tilrådingar om konkrete tiltak og vidare forskning ut frå mine interesseområde, og refleksjonar eg har gjort meg undervegs i prosjektet.

2.0 Leiing, kompetanse og kvalitet

I dette kapitlet presenterer eg litteratur som eg har valt for å kaste lys over funna i studien. Eg viser også til nokre sentrale statlege strategi- og styringsdokument om dei emna eg tek opp. Desse dokumenta byggjer på nyare perspektiv og litteratur, noko eg gjer nærare greie for undervegs i dette kapitlet. For å kunne få svar på dei spørsmåla eg stiller, har eg valt tre teoretiske utgangspunkt. Teorien og grunngjevinga for valet er som følgjer:

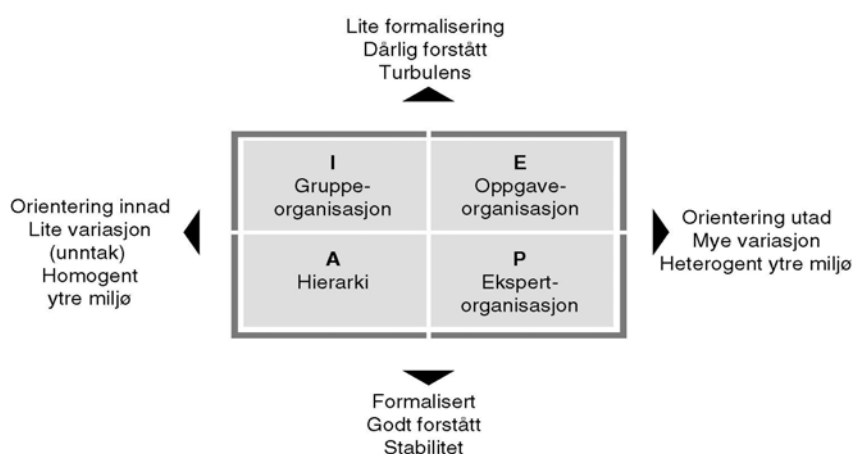
- Eg vil belyse og drøfte funna i undersøkinga ut frå eit kontekstuellt syn på leiding, og som ei generell referanseramme nyttar eg Strand (2001) sin kontekstmodell for organisasjonar og leiingsfunksjonar (op cit:fig. 15.1). Konteksten for tenesteytinga er i stendig endring, og temaet eg tek opp, er komplekst. Leiaroppgåvene heng uløyselig saman - og må sjølvstendig forståast i samanheng. Men denne modellen meiner eg tydeleggjer og ”sorterer” tenesteleiarfunksjonane på ein enkel og forståelig måte. Eg trekkjer også inn andre syn på leiding for å kunne supplere og utfylle det kontekstuelle perspektivet i studien. For å kunne få eit heilskapleg bilete og forståing av tenesteleiarrolla, funn og analysar i studien, presenterer eg først pleie- og omsorgsorganisasjonen i Strand (2001) sitt kontekstperspektiv for organisasjonstypar (op cit:fig. 8.2).
- For å oppnå ei betre forståing av sjukepleiarkompetansen si betydning for å kunne yte kvalitetstenester i eit kontekstuellt perspektiv, vil eg leggje eit organisatorisk perspektiv på sjukepleiarkompetanse. Slik vil eg klargjere at sjukepleiarkompetanse omfattar meir enn klinisk kunnskap. I Orvik (2004) si tilnærming vert sjukepleiarrolla sett inn i ein vidare organisasjonskontekst. Perspektivet har elles mange likskapstrekk med Strand (2004) sin kontekstuelle modell og tenkjemåte. Eg ser denne teoretiske samanhengen som spanande og utfordrande.
- I denne studien vert det også viktig å trekkje inn ulike syn på kvalitet, kvalitetsutvikling/kvalitetsforbetring. Strand sin kontekstmodell for leiarfunksjonar (2004:fig.15.1) tydeleggjer dei mange oppgåver og utfordringar som leiarar må forholde seg til. Eg vil belyse informantane si handtering av kvalitetskrav i deira ulike leiaroppgåver/funksjonar. Funna vil eg i hovudsak drøfte i lys av Øgar og Hovland (2004) sitt kontekstuelle syn på kvalitet. Deira perspektiv er direkte retta mot kommunehelsetenesta, og framstillinga er pedagogisk klar og god.

I kapittel 2.5 bind eg dei tre teoretiske perspektiva saman i ein modell, som vert det operasjonelle utgangspunktet for drøftinga i kap. 5, og dermed det teoretiske grunnlaget for konklusjonen i kap.6.

2.1 *Kommunale pleie- og omsorgstenester i eit kontekstuellt perspektiv*

Ein organisasjon kan definerast som eit sosialt system som er konstruert for å nå bestemte mål. Strand (2004:27-28) beskriv fire organisasjonstypar som kontekst for leiing, som er den teoretiske ramma for analysen av funna mine. Men han nemner også andre kontekstfaktorar eller trekk som kan vere med på å danne vilkår og mulegheiter for leiing, som til dømes: Kultur, sektor og kjønn.

Organisasjonstypane er typiske, hyppig førekommande, teoretisk relevante og fangar inn mange av variasjonane i dei formene ein faktisk KAN finne: Ekspertorganisasjonen (**P**: Produksjon, fagleg ekspertise), byråkratiet (**A**: Administrasjon, system, skaffe ressursar), gruppeorganisasjonen (**I**: Integrasjon, lagbygging) og oppgaveorganisasjonen (**E**: Entreprenørskap, strategiar, fange opp endringar). Organisasjonstypane framstår sjeldan i reindyrka form. Blandingsformer er vanlege, men ein bestemt formell organisasjon kan i dominerande grad vere prega av ei av formene:



Figur 1: Strand sin modell for fire organisasjonstypar, (2001, fig.:8.2:231)

Figur 8.2 viser dei ”typiske” organisasjonstypene, med grad av intern og ekstern orientering. Desse grunndimensjonane er oversiktlege, gjenkjennelege og gir oss eit enkelt omgrepsmessig utgangspunkt (op cit:231). Modellen tek utgangspunkt i at det er ein samanheng mellom bestemte strukturar og oppgåveløysing (jfr. ulike leiarfunksjonar, kap. 2.2). Eg vil i det følgjande ta utgangspunkt i denne modellen når eg presenterer pleie- og omsorgstenestene.

Den moderne kommunale helse- og sosialtenesta voks fram på 1970-talet og blei tilført nye, store oppgåver gjennom forvaltningsreformer i 1980- og 1990-åra. Kommunehelsetenestelova, sjukeheimsreforma og reforma for menneske med psykisk utviklingshemming er viktige milepælar i denne utviklinga. Reformene har lagt grunnlaget for eit omfattande tenestetilbod på lokalt nivå til alle innbyggjarane i kommunane, uavhengig av alder, diagnose, økonomi, sosial status eller andre forhold. Helse- og sosialsektoren i Noreg har totalt ca. 200 000 årsverk fordelt på 120 definerte yrkesgrupper. Kommunalt pleie- og omsorgspersonell utgjer den største gruppa med om lag 107 000 årsverk. Talet på tenestemottakarar er ca. 200 000 (Høyringsnotat, 2006:39-40: ”Nasjonal helseplan” (2007 – 2010)). Endringane og det auka omfanget i tenestetilbodet har ført til strukturendringar og interne endringsprosessar for at kommunane skal kunne følgje med i organisasjonsrøyndomen.

Dette fortel om ein ny røyndom og ei ny tid for sjukepleia. Tradisjonelt har pleie- og omsorgstenestene vore det som Strand (2001:fig.8.2) kallar ein ”*ekspertorganisasjon*”, der både leiarar og pleiepersonell har vore opptekne av det pleiemessige og praktiske tilbodet til pasientane. Sjukepleiarane og hjelpepleiarane, som er dei største yrkesgruppene, er i Noreg autoriserte, og har såleis ein dokumentasjon på sin eigen faglege og etiske standard, noko som forpliktar i høve til utøving av faget, og tradisjonelt har det vore ei sterk fagstyring (Jakobsen 2005:31). Men fokuset har dei seinare åra skifta frå ekspertstyring til ei meir marknadsorientert holdning, med meir vektlegging av einskildindivid sine behov, brukaroplevd kvalitet, styring, leiing og indirekte kontroll av tenestene.

Eit fleirtal av brukarane av pleie- og omsorgstenestene er eldre menneske, og pleie- og omsorgstenestene vert difor lett assosierte med eldreomsorg. Men det vert også ytt tenester til barn, unge og vaksne med funksjonshemming, utviklingshemming, psykiske problem og rusproblem. Avdelingane i dei kommunale tenestene er ikkje ”spesialiserte” i nemneverdig grad. Sjukepleiarane må forholde seg til pasientar med komplekse problemstillingar. I år 2000 blei brukarstyrt personleg assistanse lovfesta i Sosialtenestelova. Omgrep som ”service og assistanse” erstattar langt på veg omgrepa ”pleie og omsorg”. Ordbruken i nyare statlege utgreiingar og lovverk avspeglar noko av den

utviklinga vi har hatt i synet på tilhøvet mellom tenesteytarar og tenestemottakarar (Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, 2004:9).

Fleire reformer har ført til endra og nye utfordringar. Nye utfordringar har resultert i nye måtar å organisere på, og mange kommunar har henta inspirasjon frå "New public management" (ny offentlig leiding, eller NPM-rørsla). NPM legg mellom anna vekt på målstyring og desentralisering av økonomisk ansvar til den einskilde verksemda eller "resultateininga". Flate leiarstrukturar i to nivå er vanlege, med einingsleiarar direkte under administrasjonssjef. Det tidlegare koordinerande leddet - eller ledda - og sektorane er organiserte bort. Styringa av verksemder etter NPM-modellar skjer ved måling av kvalitet og vurdering av det økonomiske resultatet, ut frå ein bedriftsøkonomisk tankegang. Tradisjonell offentlig forvaltning har vorte kalla "administrasjonsmodellen", som byggjer på at menneske er borgarar i eit fellesskap. NPM-modellen er ein marknadsmodell som byggjer på einskildmennesket som forbrukar (Krogstad og Foss 1997:164). NPM har tre kjenneteikn som alle påverkar sjukepleietenestene. Det er tru på leiding, indirekte kontroll og brukarfokus. Ei auka merksemd på brukarrettar stiller strengare krav til kvaliteten på tenestene.

NPM gir leiding ei sentral betydning. I dette perspektivet skal leiinga ta ansvar for ei organisatorisk eining. I sjukepleietenesta tyder det at fokus for leiarane skiftar frå fagleg leiding til heilskapleg ansvar for verksemda. Arbeidsgjeverrolla vert tydelegare, og den administrative delen vert meir markant. Meir leiding kan bety mindre profesjon, det vil seie ei forflytting av makt frå profesjon til leiding, og ei klarare heilskapsorientering (Orvik 2004:96).

Presset på pleie- og omsorgstenestene vert stadig større, og det er eit klart krav om kvalitet frå både brukarane, yrkesgruppene og styresmaktene. Samstundes opplever mange budsjettnedskjeringar og krav om større effektivitet (Jakobsen 2005:91).

Pleie- og omsorgstenestene vert regulerte av to lovverk, "Lov om helsetjenesten i kommunene" (1982) og "Lov om sosiale tjenester" (1991). Tenestene skal tildelast - eller avslåast - etter søknad i einskildvedtak etter forvaltningslova (1967) sine reglar. Øgar og Hovland (2004:114) seier at kvaliteten på dei tenestene som vert tildelte er avhengig av to tilhøve, nemleg kvaliteten på dei pleiemessige og medisinske vurderingane som ligg til grunn for vedtaket, og etterleving av forvaltningslova sine sakshandsamingsreglar. Desse avgjerslene er truleg den prioriteringsprosessen i heile kommunehelsetenesta som får størst ressursmessige konsekvensar.

I det daglege arbeidet vert personalet i pleie- og omsorgstenestene inndelt i "arbeidslag", med sjukepleiarar som gruppeleiarar. Arbeidslag kan brukast som nemning på grupper av personale som i fysisk fellesskap utfører arbeid, gruppemedlemene utfører same arbeid eller er funksjonelt avhengige av kvarandre (Strand 2001:256). Den viktigaste prosessen for arbeidslaga er den kliniske/pleie- og omsorgsmessige, det direkte arbeidet med pasientane.

Pleie- og omsorgstenestene arbeider både i pasientane sine eigne heimar og i institusjon, og dei skal samarbeide med spesialisthelsetenesta og andre samarbeidspartar. Det er viktig å kjenne dei ulike systema og pasientforløpet, kunne noko om arbeidsprosessane og forbetre dei dersom dei ikkje fungerer som dei skal (Øgar og Hovland 2004:124).

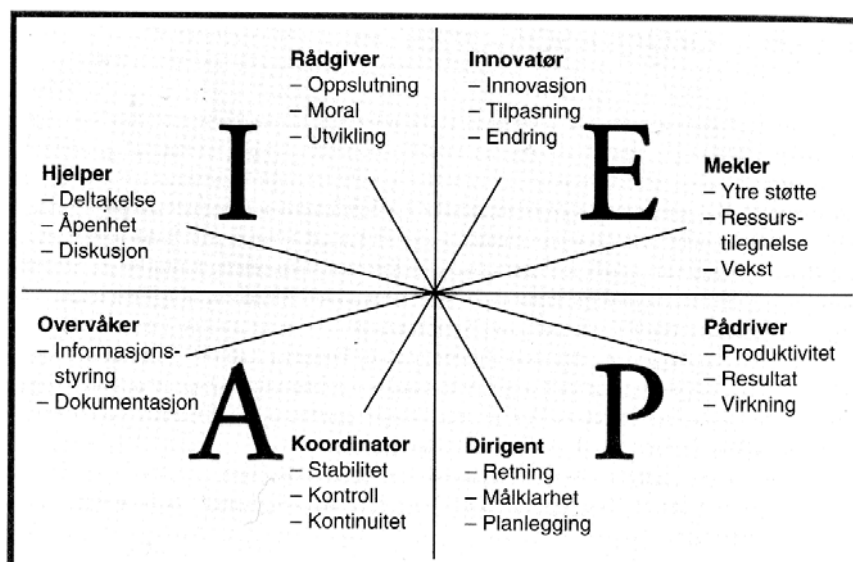
Sjukepleietenesta har gjennomgått ei utvikling frå å vere den einaste tenesta i tillegg til lege og jordmor i helsevesenet, til å bli ei av svært mange tenester. Dette er utfordrande for sjukepleiarane, seier Jakobsen (2005:155), fordi det oppstår fleire "gråsoner" i høve til oppgåver og funksjonar. Ho seier vidare at dersom den einskilte forhold seg til lover og forskrifter og er klar over sitt eige ansvarsområde, så vil eit tverrfagleg samarbeid bli opplevd som ein ressurstilgang til verksemda.

I 1990-åra fekk vi ein nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetenesta, endra lovgjeving og ny forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstenestene (jfr. kap. 1). Det er ikkje noko nytt at det vert fokusert på kvalitet i pleie- og omsorgstenestene, men det nye no er at profesjonane åleine ikkje skal bestemme nivået på tenester og kvalitet. Som eg har vist før i dette kapittelet, vert tradisjonelle profesjonsverdiar no utfordra av meir brukarorienterte verdiar. Brukarperspektivet står sterkare enn før, og det er også nytt at kvalitet ikkje berre er noko ein kan, den skal spesifiserast, målast, dokumenterast og følgjast opp systematisk av alle involverte partar (Mikkelsen, Blystad, Stenstadvold 2005:10). For å kunne møte framtidige behov, må kommunane utvikle pleie- og omsorgstenestene vidare, slik at dei vert mest mogleg brukarretta, effektive og omstillingsdyktige. På lengre sikt vil auken i talet på eldre føre til ein betydeleg vekst i etterspørselen etter helse- og sosialtenester (St.prp.nr1 (2005-2006)).

2.2 Tenesteleiarfunksjonen i eit kontekstuellt perspektiv

Strand brukar same inndelinga som i fig. 8.2 til å utlei "funksjonelle nødvendigheter" i organisasjonar. Organisasjonsrammene, som fig. 8.2 viser, gir nokre typiske føringar og

løysingsmetodar for leing. Han brukar såleis firedelinga som eit registreringsskjema for kvar organisasjon med omsyn til leiarroller og andre trekk ved organisasjonen (op cit:29-30):



Figur 2: Strand (2001) sin modell for 4 leiarfunksjonar.

Figur 15.1 (Strand 2001:426) viser leiarane sine ulike funksjonsområde og utfordringar i ein organisasjon. Modellen har støtte i generell teori, den er pedagogisk og oversiktleg, og den gjer eksplisitt dei verdiar og utfordringar som leiarar truleg vil måtte forholde seg til (op cit:426).

For å setje utfordringane og leiaransvaret til tenesteleiarane i perspektiv, kan det nemnast at i min kommune har kvar tenesteleiar i snitt personalansvar for 43 tilsette, medan leiarar på tilsvarande nivå i skuleverket til samanlikning har personalansvar for 21 tilsette.

For å forstå leiarane i pleie- og omsorgstenestene sine ulike oppgåver og utfordringar når det gjeld å yte kvalitetstenester, vil eg ta utgangspunkt i Strand (2001:9-11) sin påstand om at leing best kan forståast i ein samanheng: *”Ingen teori kan påberope seg å være teorien om ledelse”*. Eit fruktbart utgangspunkt er at leing er å sørge for at viktige oppgåver i ein organisasjon vert utførte, og at forståinga av dette ansvaret vil variere, t.d. med organisasjonstypen, kulturen, sektoren og situasjonen.

Dette er ei forståing av leing som inneber at leing berre får meining innafor ein kontekst. Leiarane er både rasjonelle aktørar som handlar, samstundes som dei har ei symbolsk rolle, dei ”er” også noko for

organisasjonen. Leiing vert altså ikkje utøvd i eit vakuum. Paradoks og dilemma oppstår når leiarar verkar på fleire felt og må fylle fleire funksjonar. Men leiarane kan, gjennom ulike teknikkar og strategiar, påverke og bidra til å dekke organisasjonen sine behov: Produksjon, administrasjon, integrasjon og entreprenørskap (op cit: 425).

Konteksttankegangen er høgst aktuell i ein sektor som er prega av dei ovannemnde store utfordringane og mangslungne oppgåvene og dei dilemma som oppstår for leiarar og tenesteutøvarar når oppgåvene veks og kvalitetskravet aukar, samstundes som budsjetta ikkje veks i takt med oppgåvene. Øgar og Hovland (2004:53) seier at pleie- og omsorgstenestene er den sektoren som står overfor dei største og vanskelegaste utfordringane i helse- og sosialtenestene, og at dei allereie viser klare slitasje-teikn. Dei seier vidare at leiarutfordringane er store i høve til å organisere arbeidet mest mogleg effektivt, å etablere eit realistisk ambisjonsnivå og eit arbeidsmiljø som kan motverke utbrenning.

Strand (2001:354-355) peikar på at leiargranskingar i offentleg sektor viser at leiarar er mest opptekne av produsent- og integratorfunksjonen, eller kombinasjonen av dei, og han tolkar funna som at leiarar er mest opptekne av daglege drifts- og mellommenneskelege prosessar. Dei er mindre opptekne av systembygging og utvikling.

Eg vil i det følgjande relatere dei ulike leiarfunksjonane i Strand sin kontekstmodell til tenesteleiarane i pleie- og omsorgstenestene sine oppgåver og utfordringar (2001:fig.15.1:426).

Produsentfunksjonen (P)

Strand (2001:29) seier at det er rimeleg å oppfatte organisasjonar som produserande og måloppfyllynde mekanismar som inngår i eit forhold til omverda, og dei må vise til resultat. Men ikkje alle organisasjonar har klare mål, og det er ikkje alltid avklart korleis organisasjonen skal nå måla. Han seier elles at i eit vidare perspektiv må organisasjonar også styrast gjennom reglar, kultur, normer og marknaden sine krav.

I ”Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i helse- og sosialtjenesten”, (2005-2015) er visjonen: ”...og bedre skal det bli”, og målet er tenester av god kvalitet. I denne samanhengen vert seks element nemnde, som samla utgjør strategien sitt mål: At tenestene er effektive, trygge og sikre, involverer brukarane og gir dei medverknad, er samordna og prega av kontinuitet, utnyttar ressursane på ein god måte og er tilgjengelege og rettferdig fordelte (IS-1162:19).

Det vert forventa at leiarane styrer mot verksemda sine mål, og står til ansvar for resultata. Leiarane skal oppfylle produsentfunksjonen, og modellrollene vert i kontekstperspektivet kalla ”*pådriveren*” og ”*dirigenten*”. Rollene er knytte til prestasjonar og resultat. Pådrivaren skal handtere tidsfristar og stress, og dirigenten skal motivere andre, leggje planar og setje mål (op cit:455). Tenesteleiaren vert ofte assosiert med desse to rollene, som produsent av tenester og publikumsretta aktivitetar. Ho er dagleg arbeidsleiar, resultatansvarleg og personalansvarleg. Ho er ansvarleg for at det vert ytt hjelp, og er leiar for eit autorisert personell som i sitt direkte arbeid med klientane på eiga hand må treffe avgjersler og utøve sitt faglege skjønn, som i liten grad kan styrast av leiinga (op cit:294).

Pleie- og omsorgstenestene si hovudoppgåve er å produsere tenester av høg kvalitet. Det er to særtrekk som skil produksjonen i offentleg verksemd frå privat sektor, og det er at i offentleg sektor er det autoriserte ekspertar som bestemmer og ”produserer”, og borgarane er i avgrensa grad ”kundar”. Ekspertane leverer tenester som klientane ikkje kan påverke i særleg grad. Eigenskapane ved det som vert ”levert”, ligg ofte i kvaliteten på sjølve samhandlinga mellom tenesteutøvar og -mottakar, på det lavaste nivået i tenesteytinga (op cit:283-284).

Som eg har gjort greie for i kap. 2.2, har det tidlegare vore vanleg å sjå kvalitet i høve til profesjonar og kompetanse. Både produsenten og pådrivaren må i dag vere meir marknadsretta enn før, og ta omsyn til andre aktørar og premisser i tenesteutøvinga. Lovgrunnlaget for tenestene er blitt endå tydelegare i høve til brukarane sine rettar og krav (t.d.forskrift om individuell plan, 2001), og mellom anna internkontrollforskrifta (2003) stiller krav til eit systemisk perspektiv (§ 4) på kontroll, forbetring og læring: Mellom anna heiter det at internkontroll tyder systematiske tiltak som skal sikre at aktivitetane vert planlagde, organiserte og utførte i samsvar med krav i sosial- og helselovgjevinga (§ 3), og at dei ansvarlege for verksemdene skal føreta systematisk overvaking og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer etter intensjonane og bidreg til kontinuerleg forbetring i verksemda.

Endringane skjer fort, og leiarane må heile tida ha klart føre seg kva som er retninga for arbeidet, som må samsvare med samfunnet sine behov for tenester. Ei slik tilnærming krev ei bevisst haldning til eige ansvar, og det er naudsynt med relevant kompetanse i sjukepleie og leiging. Pasienten skal vere i fokus, og i ei pasientorientert tilnærming må ansvarsområda vere tydelege, og dei må vere knytte til kvaliteten på tilbodet, seier Jakobsen (2005:140).

Administratorfunksjonen (A)

Administrasjon handlar om både å drive, endre og utforme system som verkar åtferdsregulerande. Omgrepet kontroll er sentralt i denne samanhengen. Ulike organisasjonar treng ulike grader av orden og kontroll for å fungere godt. Kontroll i nøytral forstand inneber at dei tilsette veit kva dei skal gjere - og når dei skal gjere det. Men system og kontrollteknikkar er ofte i utakt med føremåla til organisasjonen, og det er såleis ei stor utfordring under administrasjonsfunksjonen å kunne vurdere det føremålstenlege i systema som er etablerte. Administrasjon som kontroll rettar seg mot all relevant åtferd og alle relevante resultat for organisasjonen, styring av individ og tilrettelegging av samhandling og koordinering (Strand 2004:459-460). Rollene som passar inn i denne funksjonen, er nemnde som ”overvåkaren” og ”koordinatoren”, som kan utvikle seg til å bli fanatiske og dysfunksjonelle. Det er viktig for leiarfunksjonane at administrasjonsfunksjonen ikkje vert reindyrka og ekstrem, men at leiarrolla vert komplettert med eigenskapar frå dei andre områda. Ei gransking som Strand viser til at Quinn (1988) har gjort, viser at dei som peikar seg ut som ”mesterlige” leiarar, skårar høgt på alle funksjonar (P-A-I-E), og særleg høgt på nokre utan at det er eit bestemt mønster i dette (op cit:472).

Pleie- og omsorgstenestene omfattar store og ressurskrevjande avdelingar. Tenestene må planleggjast og styrast, styringssystem må etablerast, og kontroll av eiga verksemd (internkontrollforskrifta, 2002) er ein viktig del av eit slikt styringssystem. Det er mange tilsette, og store budsjett skal forvaltast, i hovudsak lønsbudsjett. Etter at flatare organisasjonsmodellar er blitt innførte, er det tenesteleiarane som har eit heilskapleg ansvar for den totale drifta. Orvik (2004:47) viser til at omgrepet administrasjon har både ei vid og ei snever tyding. I vid tyding omfattar administrasjon planlegging og tilrettelegging, slik at organisasjonen får utført sine kjerneoppgåver. Rutinar skal fungere, og reglar skal etterlevast. Administrasjon skal sikre at lover og reglar som regulerer verksemda, blir haldne. I ei vid tyding er administrasjon eit overordna omgrep der leing berre utgjør eitt aspekt. I ei snever tyding vert omgrepet administrasjon konkretisert til administrator. Ei slik leiarrolle skal sikre at det er gode system i verksemda, og at behova for stabilitet, kontinuitet og kontroll vert ivaretekne. Pleie- og omsorgstenestene er ressurskrevjande, og leiarane har ei særleg utfordring i den administrative funksjonen når det gjeld å synleggjere kravet til kvalitet i budsjettarbeidet. Norsk Sykepleierforbund (2005) peikar også på denne utfordringa, og seier at kravet om å leie tenester av høg kvalitet samstundes som budsjetta vert trongare, er ei av dei største utfordringane leiarar i helsetenestene opplever i dag.

Helsetilsynet sin rapport ”*Pleie- og omsorgstjenester på strekk*” (2005) skisserer fleire utfordringar i pleie- og omsorgstenestene. Særleg tre utfordringar vert trekte fram; nemleg mangfaldet i og omfanget av tenestene, og styring og leiing, særleg mangelen på system for avvikshandtering. Nye brukargrupper har behov for andre tilbod og arbeidsmetodar enn dei som har vore vanlege. Systematisk styring og leiing av verksemda er ein grunnleggjande føresetnad for å kunne gi fagleg forsvarlege sosial- og helsetenester, og å sikre befolkninga dei tenestene den har behov for og rett til etter sosial- og helselovgjevinga. Dette representerer ei betydeleg utfordring for det kommunale hjelpeapparatet (op cit:10).

Integratorfunksjonen (I)

Denne funksjonen handlar om å byggje fellesskap, og dei rollene som passar inn i denne funksjonen, er ”*retteleiaren*” og ”*hjelparen*”, som skal arbeide med oppgåver som motivasjon og utvikling (Strand 2004:494). Formelle system løyser ikkje alt. Sosiale og menneskelege komponentar kan skape problem eller gi moglegheiter. Organisasjonar treng integrasjon gjennom sosiale mekanismar og ei leiing som er oppteken av deltaking, identitet, oppslutnad, moral, utvikling og konfliktløysing. Ordet ”*integer*” tyder heil, til dømes at medlemene i organisasjonen har ei nokolunde felles oppfatning av kva som føregår i organisasjonen. Integrasjon kan såleis oppfattast som ein god og legitim tilstand, men også noko som leiinga ønskjer å oppnå for bestemte føremål (op cit:479). Fleire teknikkar og tilnærmingar kan nyttast for å styrkje integrasjonsfunksjonen, seier Strand vidare (op cit): Arbeide for ein felles kultur, velferdsordningar, integrering av arbeidslag, lagbygging/trening/utvikling, miljøarbeid og konflikthandtering. I alle ovannemnde tiltak vil leiaren ha sentrale funksjonar, både som instrumentell kraft og som som symbol på at både fellesskapet og einskildmenneska er viktige.

Avdelingane i pleie- og omsorgstenestene er organiserte i eit system bygd rundt grunnleggjande behov som mat, søvn og stell, og med fast døgnrytme. Arbeidsoppgåvene vert fordelte omkring desse basisbehova. Mange arbeidsprosessar føregår samstundes. Å tenkje og arbeide i pasienten si ”sykliske tid” kan kome i konflikt med ytre krav om å produsere resultat. Andre faste element er vaktskifte med rapportar, og det er knytt rituale og forventningar til dei ulike vaktene. Det er sterke normer i pleiekulturen, seier Jakobsen (2005:87). Rituala er klare, og planlegginga går ”*automatisk*”, til dømes når det gjeld stell og pleie. I ei undersøking som Hamran (1993) har gjort av ei avdeling, kjem det tydeleg fram at sjukepleiarane meiner det er ein føresetnad for å kunne ha oversyn at dei er med i stellet av pasientane, men at ulike krav frå medarbeidarar og leiarar skapar frustrasjonar. Andre granskingar, som t.d. Olsen (1998), dokumenterer at sjukepleiarane ikkje maktar å utøve god nok

leiarskap i postane til å kunne få til kvalitetsutvikling. Dette handlar om ulike arbeidsprosessar i avdelingane. Øgar og Hovland (2004:126) definerer omgrepet ”prosess” slik:

”En prosess er en aktivitet satt sammen til et hele for å produsere et resultat. Et pasientforløp er et eksempel på en prosess.

”Nasjonal strategi for kvalitetsforbetring i sosial- og helsetjenesten” (2005) stiller også krav til prosessane for å kunne skape tenester som er: *”Virkningsfulle, trygge, samordnet og preget av kontinuitet”*.

Kvaliteten på prosessane og resultata er avhengige av medarbeidarane og deira kompetanse, seier Øgar og Hovland (2004,126-129). Dei viktigaste arbeidsprosessane vert kalla ”*hovedprosesser*”, t.d. å yte pleie- og omsorgstenester og å utføre dei viktigaste kliniske og pleiemessige prosessane, men omfattar også andre prosessar som er avgjerande for at organisasjonen skal kunne gjennomføre hovudprosessane sine: Kommunikasjons- og informasjonsflyt, opplæring og kompetanseheving, rekruttering av medarbeidarar, mottak og opplæring av nytilsette. Hovudprosessane er sette saman av delprosessar, t.d. medikamenthandtering og informasjonsarbeid. Andre prosessar som ikkje er direkte involverte i hovudprosessane, vert kalla ”*støtteprosesser*”, t.d. merkantile tenester. I alle system skjer det arbeidsprosessar, og det er alltid prosessar i prosessane.

I IS-1183 (2004:8) står det også at kvalitetsarbeid og internkontroll er døme på viktige delprosessar som fordrar innsats av leiarane, og intensjonen er at dette arbeidet skal vere nær knytt til ordinære, daglege gjeremål og bør integrerast i dei løpande oppgåvene.

Fordi krava frå samfunnet stadig endrar seg, vil tenesteleiarane og sjukepleiarane sine leiarutfordringar i avdelingane nettopp vere knytte til kvalitetsforbetring og utvikling, og dermed endringar i handlingar og arbeidsprosessar. Slike endringsprosessar er svært kompliserte i dei fleste kulturar, også i pleiekulturen. Forsvarsrutinar er vanlege, men vil ein ha endring, må forsvarsrutinane brytast, seier Jakobsen (2005:92-93). Som eg har nemnt ovanfor, vil tenesteleiaren vere sentral i arbeidet med å utvikle prosessar som verkar samlande, utviklande og fører til læring og utvikling. Argyris og Schön (1996:22) kallar overflatiske, kulturelle endringar i såkalla endringsprosessar for ”*enkeltkretslæring*”, som er statisk og stabiliserande. Skal ein oppnå verkelege endringar, seier dei, må det ”*dobbeltkretslæring*” til. Ei slik læring er prega av refleksjon, som er avhengig av at den einskilde har eit tilhøve til sine eigne verdiar, som igjen er styrande for handlingane.

Orvik (2004:63-64) trekkjer også fram nivået på prosessforståinga - som kan samanliknast med "I-nivået" (Strand 2001) i sjukepleietenesta: Han viser til kva verdi prosessforståing har.

Behandlingsprosessar i sjukehus har likskapstrekk med eit produksjonssystem. Tenestene vert skapte medan prosessen pågår, og målet for tenesteproduksjonen er å skape resultat i form av gode prosessar. Ved tenesteproduksjon vert difor prosessen eit mål i seg sjølv. Systemforståing handlar difor i stor grad om prosessforståing, men helsearbeidarar ikkje er vane med å tenkje i "*slike baner*".

Entreprenørfunksjonen (E)

Strand (2001:501) seier at entreprenørfunksjonen handlar om å ta utfordringar frå omverda! Leiing vert i stadig sterkare grad knytt til det å meistre endringar og skiftande miljø, og å utnytte nye moglegheiter. Å skape visjonar, utøve strategisk leiing og vere kreativ vert sett på som entreprenøren sine hovudoppgåver. Men nyskaping er ikkje sjølvst, det er noko som lukkast under spesielle vilkår. Granskingar viser at det er liten leiaroppslutnad om entreprenørfunksjonen, men den får stor oppslutnad i nyare leiarlitteratur. Entreprenørane er blitt "*tidens helter*", dei ser nye moglegheiter og forsvarar seg mot trugsmål, dei skapar rikdom og nører opp under håpet om å kontrollere lagnaden.

Rollene i denne funksjonen vert kalla "*megleren*" og "*innovatøren*", og viktige stikkord er strategi, kjernekompetanse og innovasjon. Verksemda må forstå den omverda ho opererer i og sin eigen kompetanse, kva ho er særleg sterk til, og korleis kompetansen kan utnyttast. Den må "*komme til anvendelse på de riktige punktene i omgivelsene*" (op cit:503). Innovasjon kan representere brot med innarbeidde rutinar, inneheld prosessar og suksesshistorier, og omfattar nyskaping av faktorar som teknologi, tenester eller prosessar. Til dømes vert gode idear innovasjon når dei fører til inntening eller skapar verdier på andre måtar (op cit:523).

Jakobsen (2005:113) peikar på at også leiarar i sjukepleietenesta må ha ein visjon, og det må vere ein visjon som dei kan dele med medarbeidarane. Vidare må leiarane ha tankar om korleis visjonen kan vidareutviklast. Miljøet ho skapar, må såleis vere tidsorientert. Det skjer ei rivande utvikling både innafor det medisinske og sjukepleiefaglege fagfeltet, og også innafor organisering og leiing. Stendig nye arbeidsmetodar kjem til. I kunnskapsbedrifter er det difor naudsynt å skape miljø som greier "*å følge med*", og som veit kva som rører seg på dei aktuelle kunnskapsområda (op cit:138).

Øgar og Hovland (2004:63) peikar også på at det er forventet at leiaren er til stades og tek seg av problem undervegs. Samstundes skal leiaren ha eit overordna styringsperspektiv med ein lengre tidshorisont. Leiaren må følge med i utviklingstrekk og utviklingsarbeid som kan få konsekvensar for

verksemda i framtida. Dei seier vidare at leiaren må skaffe seg tid og rom til samanhengande arbeid og refleksjon, og ho må vurdere om dei arenaene som allereie er etablerte, t.d. avdelingsmøte og morgonmøte, blir effektivt utnytta, eller om dei kan brukast på ein betre måte.

Dei viser også til modellen ”*balansert målstyring*”, som blei utvikla av Robert Kaplan og David Norton på 1990-talet. Modellen gjer greie for eit styringssystem som fokuserer på utvikling av strategisk viktige kjerneområde i organisasjonen, og set dei i samanheng: Økonomiske resultat, brukartilfredsheit, interne arbeidsprosessar, læring og utvikling. Det er også eit måle- og endringsverktøy som kan brukast i forbetningsarbeid. Men det viktigaste er at verksemdene har eit bevisst forhold til behova sine og ut frå dei lagar eit styringssystem. Det er styringssystemet som må tilpassast verksemda, og ikkje omvendt (op cit:84 og 87).

Styringssystema må setjast saman av ulike verktøy for kvalitets- og utviklingsarbeid. Dei mest sentrale data- og faktakjeldene som systematisk dokumenterer pleie- og omsorgstenestene i dag, er: KOSTRA (Kommune-Stat-Rapportering) og IPLOS (Individbasert Pleie- og OmsorgsStatistikk).

Brukarundersøkingar er også tekne i bruk, då dei skal vere sentrale i utforminga av tenestetilbodet (Jfr. Internkontrollforskrifta, § 4-e). Data- og faktakjeldene eg her viser til, må knytast saman for å bli meningsfulle, dei fungerer ikkje åleine som balanserte målstyringssystem.

Lover og forskrifter definerer rammene for drifta av pleie- og omsorgstenestene. Kommunale visjonar, målsettingar, val og prioriteringar skal vere i samsvar med ovannemnde myndigheitskrav. Det er ikkje alltid slik, seier Øgar og Hovland (2004:90-91). I tillegg til myndigheitskrav vert det stilt krav til tenestene frå brukarane, frå kommunen, frå dei tilsette og deira organisasjonar. Forfattarane understrekar bindingane i myndigheitskrava, men seier samstundes at visjonar og overordna mål i kommunale planar slett ikkje er uvesentlege. Klare formuleringar av mål er avgjerande for å kunne skape realistiske krav og forventningar både hos medarbeidarane og brukarane, og for å evaluere tenestene (op cit:94-95).

Det er viktig å rette blikket framover og stille spørsmål om korleis leiarar og medarbeidarar kan forme avdelinga si framtid, seier Jakobsen (2005:153). Ho seier vidare at det dreier seg mykje om å sjå alternative moglegheiter, og det dreier seg om å velje handlingar som er framtidsretta, det vil seie at leiarane bør ha ei proaktiv åtferd. Personalet i sjukepleietenestene er pressa mellom effektivitets- og kvalitetskrav og mangel på personell. Det er difor lett å hamne i ein reaktiv leiartilstand, det vil seie at brannsløkking og konfliktløysing pregar kvardagen. Korkje i utdanningssystemet eller i

avdelingane er kreativitet eit daglegdags ord, seier ho. Ho seier vidare at sjølv i ein ”*alvorlig bransje*” som sjukepleietenesta, er rom for nytenking ikkje berre ønskjeleg, men også naudsynt (op cit:99).

2.3 Kompetanse i eit kontekstueit perspektiv

Ordet kompetanse går attende på det latinske ordet *competentia*, som tyder tyder samantreff eller dugleik. Kompetansen skal gjere oss skikka til å oppnå eit samantreff mellom det vi gjer og det vi ønskjer å oppnå. Det vil seie at vi utfører føremålstenlege handlingar (Nordhaug, 2002:72).

Kompetanse i sjukepleiepraksis kan forståast som sjukepleiaren si evne til å utøve faget sitt under ulike omstende for å oppnå eit ønska resultat (Jakobsen 2005:64). Orvik (2004:31) meiner at omgrepet kompetanse knyter fagkunnskap og organisasjon saman, og bruk av omgrepet kompetanse inneber å ta på alvor den konteksten sjukepleiaren er i.

I ”Rammeplan for sykepleierutdanning” (2004) står det at føremålet med sjukepleiarutdanninga er å utdanne yrkesutøvarar som er kvalifiserte for sjukepleiefagleg arbeid i alle ledd av helsetenesta, i og utanfor institusjon. Pleie, omsorg og behandling utgjer hjørnesteinane i sjukepleiaren sin kompetanse. Sjukepleiaren skal ha kompetanse på funksjonsområda helsefremjande og førebyggjande arbeid, undervisning og rettleiing, forskning og fagutvikling, kvalitetssikring, organisering og leiing.

Rammeplanen brukar omgrepa ”*handlingskompetanse*” for nyutdanna sjukepleiarar på område der dei kan arbeide sjølvstendig, og ”*handlingsberedskap*” for område der den nyutdanna har kunnskap om fagfeltet, men treng erfaring og meir spesialisert opplæring for å kunne handle sjølvstendig.

Utdanninga skal kvalifisere for eit yrke og ein yrkespraksis som er i stendig utvikling og endring, og sjukepleietenesta sitt føremål er til eikvar tid å kunne møte samfunnet sitt behov for tenester.

Nyutdanna sjukepleiarar skal ha handlingskompetanse på mellom andre desse områda:

- kunne arbeide systematisk med fag- og kvalitetsutvikling og bidra til å vidareutvikle eiga yrkesrolle, delta i klinisk forskning og formidle resultat
- kunne definere standardar for kvalitet og bidra til å utvikle kvalitetsindikatorar
- kunne initiere fagutvikling og delta i planlegging og utvikling av framtidig helseteneste
- kunne samarbeide på alle nivå i organisasjonen og utvikle tverrfagleg og tverretatleg samarbeid
- kunne utvikle ei kritisk-analytisk holdning til helsetenesta
- kunne leie og administrere sjukepleieutøving overfor grupper av pasientar og medarbeidarar
- kunne bidra til at faglege normer vert lagde til grunn når helse- og sosialpolitiske avgjersler skal fattast

Denne oppstillinga viser at sjukepleiarane skal ha leiarkompetanse på ei rekkje område, og at sjukepleiarar – med bachelorgrad - også skal ha tileigna seg organisatorisk og kontekstuell kunnskap i utdanninga. I p. 2.2 i ”Rammeplan for sykepleieutdanning” (2004) er også det felles verdigrunnlaget

for helse- og sosialfaglege utdanningar trekt fram, og at den felles innhaldsdelen i studiet skal utvikle studentane sine evner til tverrfagleg samarbeid.

Det mest grunnleggjande kompetansekravet i kommunehelsetenesta ligg i kravet om å yte fagleg forsvarlege tenester (Øgar og Hovland 2004:207). I § 4 i Lov om helsepersonell (1999) står det at:

”Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig”.

Krav til forsvarlege tenester, seier Øgar og Hovland (204:113), er altså både eit systemkrav til verksemda og eit individuelt krav til den einskilde yrkesutøvar. Forsvarlegheitskravet til verksemda omfattar blant anna: Planlegging og utbygging, ressurstilførsel, organisering og ansvarstilhøve, drift, vedlikehald, evaluering og utvikling.

Befring og Ohnstad (2001) seier at Helsepersonellova sin § 4 understrekar kravet om innsikt i eigen kompetanse og plikta til å innhente bistand om naudsynt. Lovteksten brukar også nemninga ”arbeidets karakter”. Det handlar altså om å vere særleg kvalifisert for det arbeidet som skal gjerast. Den hurtige utviklinga i kunnskapsgrunnlaget for helsepersonell si yrkesutøving føreset ei kontinuerleg fagleg oppdatering for å kunne utøve ein fagleg forsvarleg praksis.

Organisasjons- og organiseringskompetanse

Nye organisasjonsformer i helsetenesta gir nye rammer for sjukepleie og helsefagleg samarbeid, seier Orvik (2004:93). Sjukepleiarkompetanse handlar både om å forstå og å kunne handle i denne nye organisasjonsrøyndomen. Kunnskap om korleis organisasjonar fungerer er naudsynt for å kunne sikre kvaliteten i pasientomsorga, gode arbeidsvilkår for dei tilsette og ein effektiv produksjon av tenester. Han viser til at klinisk kompetanse er kjernekompetansen i sjukepleia, men at det ikkje er tilstrekkeleg for å kunne sikre god sjukepleie. Sjukepleiarane må også forstå og handtere sjukepleia sine rammer (op cit:17). Sjukepleiarane treng to typar organisatorisk kompetanse for å kunne forstå - og handle i - rammene for si yrkesutøving. Dei må ha oversyn over organisasjonen som system, og dei må kunne organisere arbeidet sitt (op cit:9). Han seier vidare at klinisk kompetanse og organisatorisk kompetanse ikkje er motsetningar, men gjensidig utfyllande kompetanseområde (op cit:13).

Orvik (op cit:28) trekkjer elles fram kompetanse som føresetnad for sjølvstende og likeverd i yrkesrolla. Han seier at ei offensiv og profesjonell yrkesrolle krev at sjukepleiarane har organisatorisk kompetanse. Ein slik kompetanse markerer ein grenseoppgang mot den gamle administrative sjukepleiarfunksjonen, som han hevdar er avleggs fordi den var prega av tekniske og praktiske assistentfunksjonar (særleg i høve til legane). Ei ny form for organisatorisk kompetanse vil gje sjukepleiarane meir sjølvstende og likeverd i samarbeidet med andre yrkesgrupper. Ein slik kompetanse kan støtte overgangen til ei meir klinisk profesjonell yrkesrolle i nye organisasjonsformer. Han definerer sjukepleiarkompetanse slik:

”Sykepleierkompetanse handler både om å forstå og om å kunne handle i den nye organisasjonsvirkeligheten” (op cit:93).

Det inneber å forstå korleis organisatoriske rammer kan påverke omsorga til pasientene og sjukepleie som yrke. Organisasjonskompetanse kan fungere som eit bindeledd mellom dei som arbeider direkte mot pasientane og leiarane, som har ansvaret for den samla ressursbruken, og kompetansen kan føre til ei auka forståing og skape dialog mellom ulike interesser (op cit:130).

Jakobsen (2005:100) seier at sjukepleietenesta har sitt virkefelt i kunnskapsbedrifter eller lærande organisasjonar. Mennesket står i sentrum, og *”bedriftens kapital”* veks i takt med at menneska stadig tileignar seg ny kunnskap, innsikt og kompetanse. Medarbeidarane sit på kompetansen og svarar difor for kvaliteten.

Kompetansenivået i organisasjonen er ein del av konteksten til leiarane. Peters (1998) seier at det beste ein leiar kan gjere for medarbeidarane sine, er å få dei til å oppdage *”sin storhet”*. Det er ei leiaroppgåve å leggje til rette for personleg utvikling, slik at sjukepleiarane kan inspirere medarbeidarane sine. Slike prosessar omfattar både *orden* og *kaos*. Omgrepa orden og kaos er komplementære i leiing mot kvalitet. Orden trengst for at personalet skal føle seg ivareteke, og kaos tyder at system og rutinar i avdelingane ikkje må vere så faste at det er til hinder for improvisasjon og nytenking. Tilnærminga har likskapstrekk med kontekstmodellen til Strand (kap.2.2): Orden= P og A og kaos= I og E.

Rollekompetanse og rollekontekst

Rolleforventningane til sjukepleiarane er ulike. Pasientar og pårørande forventar tilstrekkeleg og forsvarleg hjelp, leiarar og helsepolitikarar forventar effektivitet, og tilsynsmyndigheitene påpeikar

personleg ansvar for ein forsvarleg praksis, seier Orvik (2004:16). Krogstad og Foss (1997) seier at ovannemnde krav inneber at sjukepleiaren rettast merksemda si mot systemet som ho opererer i, i tillegg til å organisere pasientarbeidet. Tilsynsmyndigheitene ser det som sjølvstøtt at ho har samarbeidskompetanse, og dei vil vise til at samhandling er eit viktig trekk ved vellukka offentlege tenester.

Orvik (op:cit:27) seier vidare at sjukepleiarrolla er ei veksling mellom tre arbeidskontekstar, som omfattar ein fagleg kontekst, ein arbeidstakarkontekst og ein organisasjonskontekst. Organisatorisk kompetanse gjer det mogleg å veksle mellom dei tre arbeidskontekstane, og ein slik kompetanse vil styrkje sjukepleiarane sine føresetnader for å ta medansvar for effektiv forvaltning av knappe ressursar. Men organisatorisk kompetanse inneber noko meir enn evne til å tilpasse seg økonomiske krav. Sjukepleiaren skal også vere pasienten sin advokat og setje grenser for seg sjølv. Rolla som *”kritisk røst”* krev at sjukepleiarar er reflekterte og modige organisasjonsmenneske med innsyn i tilhøve som er knytte til økonomi og makt. Orvik legg også vekt på at organisatorisk kompetanse kan forsterke arbeidsgleda hos sjukepleiarar som opplever rolla som myndiggjort medarbeidar positivt, og at ei forståing av organisasjonsrøndomen rundt ein og det å kunne handtere organisatoriske roller bidreg til denne positive opplevinga (op cit:108).

Endrings- og forbetningskunnskap

I utkast til *”Handlingsplan for å styrke forbedningskunnskapens plass i helse- og sosialfaglige utdanningar”* (2005), vert det vist til at det er lite forskning på opplæring i forbetningskunnskap. Integrering av forbetningskunnskap i sosial- og helsefaglege utdanningar er i startfasen både nasjonalt og internasjonalt. Statens Helsetilsyn gjorde i 2000 ei kartlegging av opplæringa i kvalitetsutvikling ved utdanning av helsepersonell i Noreg, og fann at undervisninga var *”fragmentarisk, lite systemrelatert og ikke knyttet opp mot den internkontrollplikten som tilsynsloven (1984) foreskriver”*. Hovudfokuset har vore knytt til forskning og forbetring av praksis, implementeringsmetodar og åtferdsendring. Men ei rekkje erfaringar frå innføring av forbetningskunnskap i utdanningane i USA, har skapt interesse i andre land for å sjå nærare på korleis studentar kan førebuaast på å arbeide med forbetring av arbeidsprosessane i tenestene.

Ovannemnde handlingsplan (2005) er utleidd av *”Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten”* (2005 – 2015), og er ein av fem statlege handlingsplanar som skal sikre ei kontinuerleg forbetring av tenestene. Det er ei veksande interesse for å integrere forbetningskunnskap i sosial- og helsefaglege utdanningar, og ei rekkje land har inkludert krav om opplæring i

forbetringskunnskap i sine strategiske dokument. Danmark har t.d.i ”Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i sunnhetsvesenet” (2002-2006) understreka verdien av ei kompetanseutvikling som inneheld meir enn spesifikke faglege kvalifikasjonar. Kvalitetsutvikling som fag og tverrfagleg disiplin skal i sterkare grad integrerast både i den teoretiske og kliniske utdanninga og i all etter- og vidareutdanning, og sunnhetsvesenet definerer kvalitetsutvikling som eit nytt tverrfagleg utviklings- og forskingsfelt.

Orvik (2004:337) seier også at det er verdt å merke seg at endringskompetanse i følge ”Rammeplan for sykepleierutdanning” (2004) omfattar både evna til å tilpasse seg endringar i samfunnet, og å yte aktive bidrag når det gjeld fagutviklingsprosjekt.

Også Øgar og Hovland (2004:65) peikar på at forbetring av helsetenesta tradisjonelt har vorte sikra av ei grundig og god fagleg grunnutdanning med moglegheiter for fordjuping og spesialisering. Men dersom ein skal innfri dei krav som i dag vert stilte til leiing, er slike kunnskapar ikkje nok. Dei seier mellom anna at ei kontinuerleg kvalitetsforbetring av tenestene og leiing på alle nivå, krev kunnskap og ferdigheiter i tillegg til dei helsefaglege.

Også i ”Handlingsplan for å styrke forbedringskunnskapens plass i helse- og sosialfaglige utdanninger” (2005) heiter det at tenester av høg kvalitet krev omfattande yrkeskunnskap både i form av emnekunnskap, personlege ferdigheiter og vilje til å ta profesjonelt ansvar. Den tradisjonelle måten å utvikle og forbetre tenestene på, er at yrkesgruppene forbetrar sine metodar for diagnostisering, behandling og oppfølging, t.d. gjennom vidareutdanning og rettleiing. Men i det profesjonelle arbeidet inngår eit ansvar også for å utøve kunnskapsbasert praksis og å drive med forbetring og utvikling av tenestene. Det vert vist til at grunnleggjande forbetringskunnskap gradvis har vakse fram i det 20. hundreåret. W. Edwards Deming (1993) har skapt det intellektuelle grunnlaget, kva kunnskap som bidreg til forbetringar: Kunnskap om system og prosessar, kunnskap om variasjon, kunnskap om arbeids- og endringspsykologi og erfaringslæring. Batalden og Stoltz (1993) kombinerer dei to kunnskapstypene: Fagkunnskap med tradisjonell forbetring, og forbetringskunnskap med dei kunnskapsområda som inngår i Deming (1993) sin modell. Saman kan desse to kunnskapsområda leggje grunnlaget for kontinuerleg forbetring av tenestene og auke kvaliteten på tenestene.

Endringskompetanse føreset innsikt i sakshandsaming, seier Orvik (2004:334). Prinsippa i sakshandsaming: Grunngeving, belysing og vurdering av emnet eller problemområdet er viktige i alt endringsarbeid, og eit tenleg verkty for sjukepleiarar når dei vil oppnå resultat i sitt arbeid.

I utkastet til handlingsplanen (2005:10) vert det elles trekt fram at mykje av forbetningskunnskapen allereie er etablert i utdanningane, og at ei systematisering av kunnskapen i eit rammeverk gir grunnlag for å utvikle modellar som lærer studentane både fagspesifikk kunnskap og forbetningskunnskap. Ei integrering av forbetningskunnskap i all sosial- og helsefagleg utdanning skal bidra til at framtidig helsepersonell vert sett i stand til å definere god praksis, identifisere gapet mellom eksisterande praksis og ønskt praksis, og å lukke eller redusere gapet.

2.4 Kvalitetstenester

Øgar og Hovland (2004:17) trekkjer fram at "alle" snakkar om kvalitet og kvalitetsutvikling, og "alle" er for det, men deira erfaring er at ei sprikjande oppfatning av omgrepet er til hinder for meningsfull dialog og konstruktivt kvalitetsarbeid. Dei seier at "kvalitet" ikkje er eit eintydig omgrep, men tvert imot eit produkt av ulike element som vert vektlagde og vurderte ulikt, avhengig av ståstad og eigne oppfatningar. Dei viser i denne samanhengen til "Norsk standard" (NS-EN ISO 9000:2000) sin definisjon på kvalitet:

"Kvalitet er i hvilken grad en samling iboende egenskaper oppfyller krav".

Det sentrale poenget er, seier Øgar og Hovland (2004:19), at kvalitetsutfordringane i helsetenesta heng uløseleg saman med utfordringane i tenesta. Ein viktig del av kvalitetsarbeidet vert å fastsetje rimelege og realistiske krav til helsetenesta. Ei av dei viktigaste utfordringane i dag er spriket mellom kva befolkninga forventar av tenestene, og kva samfunnet faktisk er i stand til å tilby. Ei handtering av forventningskrisa er ei like stor kvalitetsutfordring som ei forbetring av helsetenestene. Dei viser også til ei undersøking (Moland og Bogen 2001), som konkluderer med at dei som faktisk har brukt tenestene, er meir nøgde enn befolkninga generelt, med unnatak av rusomsorg og psykisk helsevern (op cit:23).

Parametra i Verdens helseorganisasjon (1995) sin definisjon av kvalitetstenester er fagleg kvalitet, risiki for skadar, ressursutnytting, brukartilfredsheit, tilgjenge og kontinuitet (Øgar og Hovland 2004:18). "Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i helse- og sosialtjenesten" (2005:12-13) har

gjøve kvalitetsomgrepet eit konkret innhald, oppfyller lovverket og kva som ut frå eit fagleg perspektiv gir dei best moglege tenestene til brukarane. God kvalitet vil seie at tenestene:

- er effektive
- er trygge og sikre
- involverer brukarane og gir dei medverknad
- er samordna og prega av kontinuitet
- utnyttar ressursane på ein god måte
- er tilgjengelege og rettferdig fordelte

Strategien stiller ikkje forpliktande myndigheitskrav, men har klare forventningar til at kommunar, fylkeskommunar og helseføretak følgjer opp strategien.

Statlege styresmakter sitt mål for pleie- og omsorgstenestene er at den einskilde skal sikrast tenester av god kvalitet, med spesielt fokus på brukaropplevd kvalitet, valfridom og individuell tilrettelegging av tenestetilbodet. Grunnlaget for at den einskilde skal oppleve kvalitet, ligg i å bli møtt med respekt og å få høve til å få vere med på å velje, bestemme og styre sjølv. Behova til den einskilde og respekten for integriteten og menneskeverdet til brukaren er grunnleggjande verdiar i pleie- og omsorgstenestene. Tenesteapparatet må kunne sjå heile mennesket og ikkje berre diagnosen. Eit godt samspel med brukaren og pårørande vil skape tillit og er med på å betre den brukaropplevde kvaliteten (St.m. nr. 45 (2003)).

I forskrifta om kvalitet i pleie- og omsorgstenestene (I-13/97) vert kvalitet definert som ivaretaking av grunnleggjande behov. Kvalitet i pleie- og omsorgstenestene er - gjennom forskrifta - knytt til brukarane si oppleving av tryggleik, god omsorg og forsvarleg pleie. Grunnleggjande behov er nytta som kriterium for livskvalitet (Jakobsen 2005:46). I Stortingsmelding nr. 45 (2002 – 2003) vert det presisert at statlege styresmakter i kvalitetsarbeidet spesielt ønskjer å fokusere på brukaropplevd kvalitet, valfridom og individuell tilrettelegging av tenestetilbodet, og det er viktig at behova og ønska til kvar einskild brukar vert lagde til grunn når tenestene skal utformast.

Dei fleste statlege dokument om kvalitetsutvikling som er publiserte dei siste ti åra, byggjer på filosofien om ”total kvalitetsleiing”. Filosofien har aktualitet både i offentleg og privat sektor. Perspektivet legg vekt på kvalitet på alle nivå i organisasjonen, og har som mål å oppnå ei kontinuerleg forbetring av dei prosessane som har verdi for brukarane, medarbeidarane og samfunnet.

Filosofien har eit systemfokus, der feil og manglar vert forklarte som feil i systemet og ikkje hos einskildpersonar. Forbetringsarbeid fokuserer såleis på systemet og ikkje på individet (Øgar og Hovland 2004:82). Stensåsen (1996:11) seier mellom anna dette om "total kvalitetsleiing":

"total kvalitetsledelse er tuftet på en tankegang som er opptatt av å forstå de helheter og gjensidig avhengige sammenhenger som preger systemet".

Teorien om total kvalitetsleiing blei utvikla av japanske leiarar, forskarar og ingeniørar i tiåra etter siste verdskrigen. Målet var å skape nøgde kundar, lage produkt som "*alltid tilfredsstiller kunden*". For å utøve kvalitetsleiing må produsenten vurdere kvalitet og pris samstundes, og ta utbytte, styring av kostnader og produsert mengde med i vurderinga. Stensaasen (1996) understrekar at etter denne filosofien skal prinsippet om å prioritere kvalitet først vere overordna alle andre mål. Dette er ein ny tenkjemåte, ein måte japanarane sjølve kallar "*en tankerevolusjon i ledelse*" (op cit 34). Japanarane har også eit særskilt program for opplæring i bruk av ulike metodar og verkty, i tråd med tanken om at kvalitet og ei kontinuerleg forbetring av produkt og tenester stiller krav til ny kompetanse. Sidan dette er ein ny måte å tenkje leiing på, må alle medarbeidarar tileigne seg ei forståing av prinsippa og kva konsekvensar dei får for kvar einskild i praksis (op cit:59).

Frå 2005 er det etablert kvalitetsindikatorar og system for å måle kvaliteten i pleie- og omsorgstenestene. Indikatorane⁵ er knytte til KOSTRA og IPLOS, som eg har omtalt i kap. 2.2. Kvalitetsindikatorane, innførte av staten, er eit verkty for å kunne betre tenestetilbodet og eit instrument for innbyggjarane til å kunne vurdere tenestene i eigen kommune (Rundskriv IS-1/2006:18). Indikatorar er eit statistisk målesystem som viser korleis bestemte prosessar fungerer, eller om bestemte resultat er oppnådde, ved å beskrive kvalitetsegenskapar (Øgar og Hovland 2004:19). Men det er vanskeleg å måle kvalitet, seier Øgar (2006). Alle kvalitetsdimensjonar må takast med og vurderast, ikkje berre dei som kan teljast. For leiarar er heilskapen i kvalitetsomgrepet viktig, men budsjett får ofte størst merksemd fordi det er lettast å måle, og fordi vi manglar gode mål på andre kvalitetskriterium.

Kvalitetsutviklingsprosessar/forbetringsarbeid

Jakobsen (2005:67) viser til statlege kvalitetskrav (NOU 1997), som seier at det vert forventat at sjukepleiarar på avdelingsplan skal ta ansvar for å identifisere område for kvalitetsforbetring. Kravet

⁵ Tal på mottakarar med tidsavgrensa opphald i institusjon, tal på plassar som er einerom, tal på brukartilpassa einerom med eige bad/toalett, tal på personell med helse- og sosialfagleg utdanning, system for brukarundersøkingar, legetimar pr. veke pr. bebuar i sjukeheim. (KS, nettstad: "bedrekommune.no").

til forsvarleg praksis og omsorgsfull sjukepleie (jfr. Helsepersonell-lova, §4) utfordrar sjukepleietenesta med tanke på å gi omgrepet ”forsvarleg sjukepleie” eit innhald. Sjukepleietenesta må gå inn i omgrepa og vurdere desse ut frå sin eigen kompetanse, arbeidet sin art og dei situasjonane dei kjem opp i, og som det vert forventa at dei kan handtere (op cit:67). Ho seier vidare at sjukepleie ikkje berre handlar om å yte omsorg og å møte den einskilde pasienten, det handlar også om å forholde seg til kvaliteten på tilbodet i avdelinga, og å ta ansvar for å betre tilbodet. Det handlar såleis også om sjukepleiaren sitt ansvar for å leie sjukepleietenesta (op cit:69). Denne konteksttankegangen harmonerer ikkje med dei tradisjonelle arbeidsmåtane i sjukepleia. Tradisjonelt har det vore brukt mykje tid på funksjons- og ansvarsbeskrivingar for å kunne klargjere kva oppgåver sjukepleiarane har ansvar for. Men sjukepleiarane skal yte tenester ut frå samfunnet sine behov, og det er vanskeleg å setje inn i ei funksjonsbeskriving. Sjukepleiarane må få ei meir pasientorientert tilnærming, som heile tida er knytt til kvaliteten på tilbodet (op cit:140).

Kvalitetsutvikling og leing er to sider av same sak, seier Øgar og Hovland (2004:14). Dei seier vidare at helsepersonellet og deira kompetanse er helsetenesta sin viktigaste ressurs.

Kvalitetsutvikling og kompetanseheving heng også nøye saman. Det dreier seg om å skape lærande organisasjonar. Det må skapast ein kultur for læring, og det må skapast praktiske arenaer der denne kulturen kan omsetjast i praktisk handling, og arbeidet må få nok ressursar. Søkjelys på - og aktivitetar knytte til - kontinuerleg kvalitetsutvikling er i seg sjølv truleg det sterkaste verkemiddelet for å kunne skape lærande organisasjonar (op cit:205).

Om læring seier Orvik (2004:32) mellom anna at kompetanse er ein endringsfaktor som påverkar seg sjølv. I praksis tyder det at den som har kompetansen, må vere kritisk reflekterande til eigen og andre sin praksis. Dei må lære seg å lære, noko som krev endringskompetanse. Senge (2004:10) presiserer også at alle i organisasjonen må lære. Det er ikkje nok at berre ein person i organisasjonen lærer. Toppsjefen kan ikkje lenger vere ”*den store strategen*” som sender ut ordrar til avdelingane. Skal organisasjonane lukkast i framtida, må dei oppdage korleis dei skal vekkje til live arbeidarane sin motivasjon og fremje deira evne til å lære – på alle nivå i organisasjonen.

Demings sirkel (jfr. kap. 2.3) vert nemnt i dei fleste offentlege dokument og nyare litteratur som omfattar kvalitetsforbetring, og har, slik eg forstår det, fellestrekk med Senge (2004:107) si tilnærming til læring og forbetring, som t.d. har modellar for ”*kvalitetssirkelaktivitet*”, og til pedagogisk leing (Fuglestad og Lillejord, 1997:7), som vert definert som ein type leing som er naudsynt når ein skal initiere og leie refleksjons- og læringsprosessar i ein organisasjon. Deming

(2000:88) skildrar kvalitetsprosessen som ein sirkel med fire fasar: ”*plan, do, check, act*”. Ein kan tenkje seg at ein ”*gjennomløper*” sirkelen igjen og igjen, eller at sirkelen rullar fram og tilbake mot nye mål og høgare kvalitet, seier Kyrkjebø (1998:55). Sjukepleia sin metode i pasientbehandling og oppfølging byggjer på dei same fire fasane. Behandlings- og pleieprosessen har pasienten i sentrum, medan kvalitetsprosessen har problemet/avviket i fokus (op cit:69).

For Deming var det eit hovudpoeng at toppleiinga kjenner til ansvaret sitt også for kvalitet og at dei tek dette ansvaret alvorleg (Stensaasen, 1996:21). Eg har tidlegare i dette kapittelet vist til at statlege kvalitetsdokument dei siste tiåra byggjer på filosofien om ”total kvalitetsleiing”, som mellom anna inneber at alle skal inkluderast i leiarprosessane. Kvalitetsleiing handlar om styring av alle prosessar, seier Jakobsen (2005:52), både dei administrative, dei kreative og dei sosiale prosessane. I kvalitetsleiing inngår både førebygging, planlegging, gjennomføring, oppfølging og evaluering.

Alle tilsette har to jobbar, seier Øgar (2006): Den *vanlege* jobben og jobben med å *forbetre* jobben, for kontinuerleg å kunne forbetre tenesteytinga og resultata. Det må takast omsyn til at denne dobbeltoppgåva kan skape konfliktrar: I handlingsplanutkastet for å styrke forbetningskunnskapen (2005) vert det vist til ein disputas ved Karolinska Institutet over avhandlinga ”*Factors for successful improvement of Swedish healthcare*” (2005). Avhandlinga konkluderer mellom anna med at det er behov for å støtte endringsinitiativ med praktisk kunnskap om forbetningsmetodikk, og at det må takast høgde for konflikten mellom dagleg arbeid og forbetningsarbeid, og det vert antyda ein motstand mot å endre eksisterande, reint faglege forbetningsstrategiar.

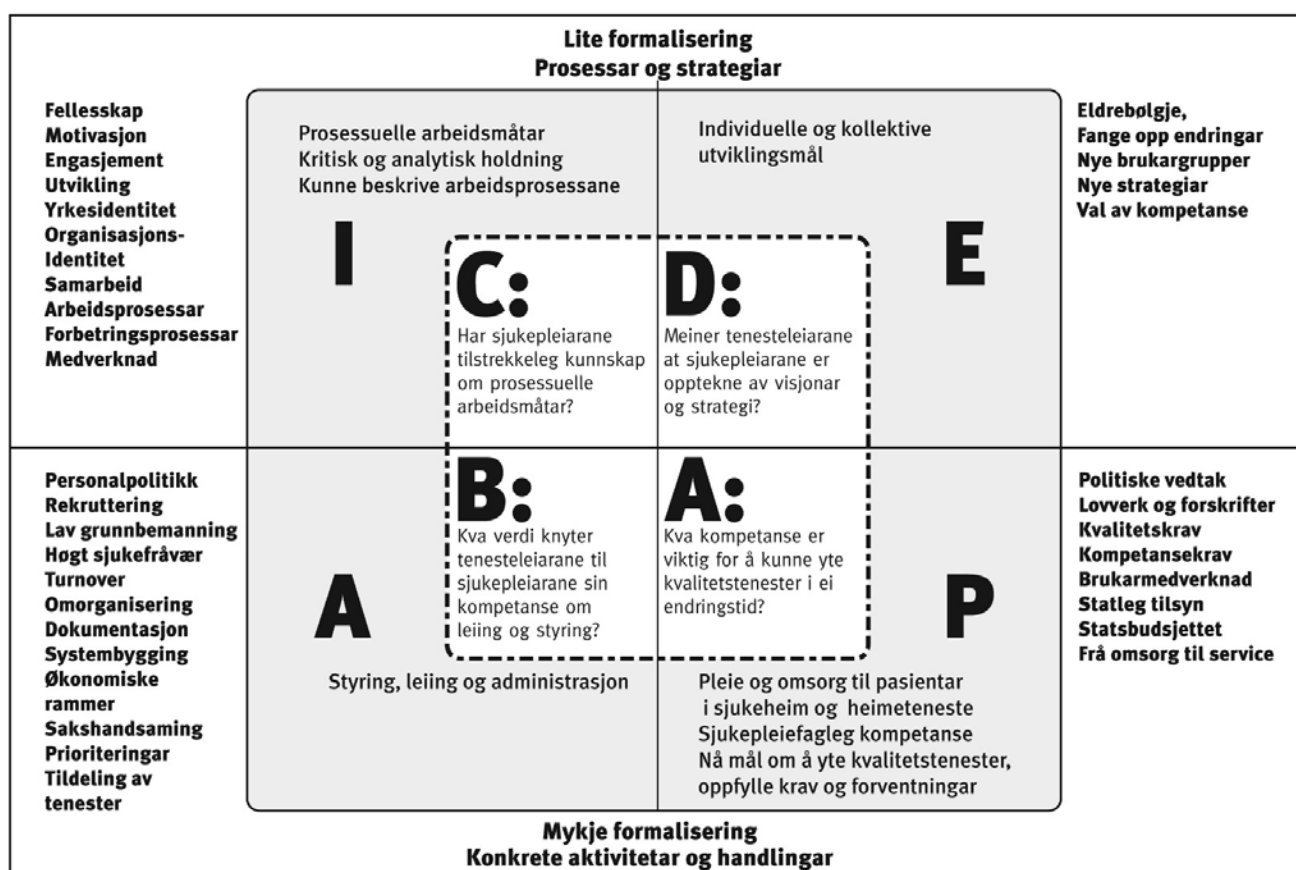
Øgar (2006) seier at alle nivå i helsetenesta må forstå, og ta konsekvensen av, at tenestene vert skapte i prosessar innafor komplekse system og organisasjonar der resultatet er minst like avhengig av kvaliteten på desse prosessane og systema, som av den underliggjande kunnskapen og teknologien. Vidare seier han at vi må endre haldningar og kulturar, og lære å beskrive prosessane i helsetenesta, greie å vurdere kvaliteten på dei, og om naudsynt endre prosessane. Han seier at det truleg er snakk om eit paradigmeskifte og ein kulturrevolusjon i mange helsefaglege miljø.

Jakobsen (2005:60) peikar også på at ei bevisstgjerjing om yrkesrolla er ein føresetnad for kvalitetsutvikling. Sjukepleiarane må bli flinkare til å beskrive og grunngje sine eigne vurderingar, avgjersler og handlingar. Kva sjukepleiarane tenkjer om sjukepleie og korleis handlingane vert grunngjevne, vil prege prioriteringane i praksis.

Ho trekkjer i det vidare inn omgrepet evidensbasert sjukepleie, som ho assosierer med kvantitativ forskning. Ho meiner at kunnskapsbasert sjukepleie er eit betre og vidare omgrep, men understrekar at det er stor semje i fagmiljøet om at sjukepleietenesta må grunnngje aktivitetane sine i større grad for å kunne oppretthalde og utvikle kvaliteten på tenestene.

2.5 Tre teoretiske perspektiv: Ein operasjonell drøftingsmodell

For å kunne samanfatte og visualisere mi forståing av dei tre teoretiske perspektiva, vil eg i det følgjande skissere ein modell som operasjonaliserer dei tre teoretiske perspektiva i studien, og som knyter desse perspektiva til problemstillinga og hovudspørsmåla som vart stilte til informantane. Strand (2001) sitt PAIE-perspektiv for leiarfunksjonar er den overordna teoretiske referanseramma – og legg såleis premissane for dei to andre perspektiva på kompetanse og kvalitet. Modellen dannar grunnlaget for den vidare drøftinga i høve til forskningsspørsmålet:



Figur 3: Operasjonalisering av tre teoretiske perspektiv.

Gjennomgang av modellen

I innleiinga av dette kapittelet gjer eg greie for teoretiske val, og at alle dei tre perspektiva eg har valt har kontekstuelle element. Modellen illustrerer samanhengar og kontekstar, og viser tenesteorganisasjonen sine ”ytre” og ”indre” tilhøve. Den illustrerer også at leiarane både må forholde seg til konkrete oppgåver og til abstrakte tenkjemåtar, prosessar og strategiar.

Modellen set spørsmåla i intervjuguiden (A-B-C-D) inn i ein samanheng med dei fire leiarfunksjonane: PAIE, og bind såleis saman problemstillinga og dei teoretiske perspektiva. Modellen viser også korleis ytre krav og påverknader vert omforma og artar seg for tenesteleiarane og dei interne aktivitetane. Den får også fram at fire leiarfunksjonar nødvendigvis må verke med ulik styrke til ulike tider og i ulike situasjonar, ut frå aktuelle behov som leiarane identifiserer.

Produsentfunksjonen (P) og administratorfunksjonen (A) synleggjer konkrete, formaliserte leiingsfunksjonar og -oppgåver. Tenesteleiarane skal ta omsyn til dei statlege økonomiske og faglege krav som regulerer tenestene, og dei skal omforme rammer og retningslinjer til si avdeling, tilpasse og endre produksjonen og drifta av verksemda i samsvar med aktuelle statlege faglege krav, forvaltningskrav og lokalpolitiske vedtak. Tenesteleiarane har ansvar for at den kliniske og pleiemessige tenesteytinga stettar kvalitetskrav og forventningar, og dei skal sørge for at organisasjonen når vedtekne mål (*P*). Dei skal syte for at avdelinga har gode administrative system, som ivaretek både personalspørsmål og administrasjon. Dei skal handtere høgt sjukefråvær, rekrutteringsproblem og ein treg økonomi. Dei skal drive med arbeidstidsplanlegging, og rekruttering, og dei skal vurdere tenestebehov, prioritere tiltak og tildele tenester. Mange av oppgåvene er prega av standardiserte rutinar, såkalla delprosessar eller støtteprosessar for dei kliniske kjerneoppgåvene (*A*). For å få svar på forskingsspørsmålet mitt, spør eg (*A*: og *B*:) kva sjukepleiarkompetanse tenesteleiarane ser som relevant for å oppnå kvalitet på desse meir formaliserte tenestene og prosessane.

Integratorfunksjonen (I) og entreprenørfunksjonen (E) er mindre formaliserte og konkrete. Modellen illustrerer at tenesteleiarane må forholde seg til framtidige behov, og vere våkne for endringar (*E*). Dei skal initiere og vedlikehalde prosessar i verksemda som både ivaretek daglege arbeidsprosessar, forbettringsprosessar og prosessar for å kunne nå individuelle og kollektive utviklingsmål (*I*), og dei skal inkludere alle medarbeidarane i desse prosessane. Modellen viser hovudspørsmåla mine (*C*: og *D*:) når det gjeld *I*- og *E*-funksjonen: Kva kompetanse som er viktig hos sjukepleiarane for å kunne bidra i til å løyse desse leiaroppgåvene, for å kunne oppnå kvalitet på tenestene.

2.6 Oppsummering

I dette kapitlet har eg først gjort greie for kommunale pleie- og omsorgstenester ut frå Strand (2004) sin kontekstuelle modell for fire organisasjonstypar, som eit grunnlag for forståinga av studien sitt teoretiske rammeverk, som omfattar leing i eit kontuekstuet perspektiv, og element ved kompetanse og kvalitet. Mange kommunar har henta inspirasjon frå "New public management"-filosofien, som legg vekt på målstyring og desentralisering av økonomisk ansvar til den einskilte verksemda eller "resultateininga". Både brukarane, yrkesgruppene og styresmaktene stiller klare kvalitetskrav. Samstundes opplever mange kommunar budsjettnedskjeringar og krav om større effektivitet. I 1990-åra fekk vi ein nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetenesta. I nyare kvalitetsstrategiar vert brukarperspektivet og kontinuerleg endring, forskning og forbetring endå sterkare vektlagt.

Eg har vidare gjort greie for Strand (2001) sin modell med fire ulike leiarfunksjonar utleide av modellen hans for fire organisasjonstypar, og eg har knytt litteraturen opp mot nokre viktige styringsdokument. Pasientar og brukarar sine rettar og rett til medverknad i tenesteutforminga er klart fastslegne i nyare lovverk, samstundes som tenesteytarane sine plikter og ansvar er tydeleggjorde i statlege føresegrer. Stadige endringar og rivande utvikling får konsekvensar både for fagleg tenesteutøving, administrasjon, arbeidsprosessar i - og fornying av - tenestene. Tenesteleiararen skal setje ovannemnde statlege føresetnader ut i livet, ho skal prestere og vise til resultat, og ho skal ha klare mål for verksemda. Ho må vere meir marknadorientert enn før, og ta omsyn til andre aktørar og premisser i tenesteytinga. Tenesteleiarane har fått eit heilskapleg systemansvar etter organisering i flatare leiarstrukturar, og dei skal ivareta både overordna administrasjonsoppgåver og interne oppgåver i høve til systembygging og kontroll.

Personalet i avdelingane er organiserte i grupper eller arbeidslag, i eit system rundt grunnleggjande element som mat, søvn og stell i ein fast døgnrytme. Mange prosessar føregår samstundes, og krava til både effektivitet og kvalitet på tenester for å kunne dekke brukarane sine grunnleggjande behov kan lett kome i konflikt med kvarandre. Prosessane rundt klinisk arbeid og den direkte tenesteytinga kan kallast "hovudprosessar", men det føregår mange andre prosessar, "støtteprosessar", som understøttar hovud- prosessane (Øgar og Hovland 2004:126-129). Forbetringsarbeid er døme på ein slik støtteprosess. Kvaliteten på prosessane er avhengig av personalet sin kompetanse, og det er tenesteleiar som har ansvaret for adekvat undervisning og opplæring, og ho skal rettleie, motivere og hjelpe personalet i oppgåver og arbeidsprosessar.

Entreprenørfunksjonen får stor merksemd i nyare leiingslitteratur. Verksemda må forstå omverda, og korleis verksemda sin styrke kan komme ”*til anvendelse på de riktige punktene i omgivelsene*”, seier Strand (2001:503). Det er viktig at leiaren skaffar seg tid og rom til samanhengande arbeid, tenking og refleksjon omkring dette emnet, og dei må verte meir bevisste på å strukturere og forbetre kommunikasjonen i allereie etablerte fora. Tenesteleiarane treng i større grad enn før rette blikket framover og få medarbeidarane med på å forme avdelinga si framtid. Dei må kort sagt vere meir strategisk deltakande på alle nivå i avdelinga. Sjukepleiarane må også forholde seg til ein kompleks organisasjon, og dei har mange ulike oppgåver. Samstundes må dei individualisere hjelpa til tenestemottakarane ut frå deira spesielle kontekst. Klinisk kompetanse er kjerneoppgåva i sjukepleietenesta, men det er ikkje nok for å kunne sikre god sjukepleie. Sjukepleiarane må også forstå og handtere sjukepleia sine rammer.

Sjukepleiarrolla er ei veksling mellom tre arbeidskontekstar, seier Orvik (2004). Arbeidskontekstane omfattar ein fagleg kontekst, ein arbeidskontekst og ein organisasjonskontekst. Organisatorisk kompetanse gjer det mogleg å meistre alle tre kontekstane.

Det vert stilt store krav til kvaliteten på tenestene, trass i at økonomiske nedskjeringar og rasjonalisering er ein del av kvardagen. Men kvalitetsomgrepet er ikkje eintydig. Kvalitet kan sjåast på som eit produkt av ulike element som vert ulikt vektlagde - avhengig av ståstad. Ein viktig del av kvalitetsarbeidet er å fastsetje rimelege og realistiske krav til helsetenesta, og ei sentral utfordring i dag er spriket mellom det innbyggjarane forventar og det som tenestene faktisk kan tilby. Definisjonar av og krav til kvalitet heng saman med ”Verdens helseorganisasjon” sine mål for helsearbeidet, der brukaropplevd kvalitet står i sentrum. Brukarane skal møtast med respekt, og dei skal sjølve vere med på å bestemme og styre tilboda.

Øgar (2006) seier at forbettingsprosessar må føregå kontinuerleg, og helsearbeidarar må både kunne identifisere eventuelle forbettingsområde og initiere og forbetre arbeidsprosessane. Saman med leiarane må dei setje søkjelyset på verdien av kunnskap, og dei må skape ein kultur for læring. ”Demings sirkel” som metode for forbettingsarbeid er nemnt i dei fleste offentlege styringsdokument og nyare litteratur om kvalitetsforbetring. Øgar (op cit) trekkjer fram verdien av å kunne bruke metodikk i si yrkesutøving, for å kunne beskrive, identifisere, dokumentere, klargjere og vurdere avgjersler, handlingar og prosessar i verksemda, vurdere kvaliteten deira, og endre dei om naudsynt.

Modellen i kap. 2.5 samanfatar dei tre teoretiske perspektiva i studien , og visualiserer forståinga mi av dei tre tilnærmingane i den teoretiske referanseramma for drøftinga, og knyter dei teoretiske tilnærmingane til spørsmåla i problemstillinga.

3.0 Metodisk tilnærming

I dette kapitlet vil eg presentere og gjere greie for prosjektet mitt, val av metodisk tilnærming, teoretisk forankring og viktige sider ved forskingsprosessen min.

Problemstillinga er utgangspunktet for den strategien eller framgangsmåten som eg nyttar for å kome fram til gyldige svar på dei spørsmåla eg stiller. Problemet er forankra i eksisterande erfaring og kunnskap. At problemstillinga er avgrensa og presis, er avgjerande for ei vellukka gjennomføring av forskingsprosjektet. Det er også viktig å *”ramme det aktuelle problemet inn i sin rette sammenheng”*. Same kva tilnærming forskaren nyttar, kan berre delar av sanninga ved eit fenomen avdekkast. Meir forskning og ulike tilnærmingar kan gi eit meir heilskapleg bilete og utvide kunnskapen om det fenomenet vi ønskjer å få vite noko om (Johannessen og Olaisen 1995:18-19).

Eit grunnleggjande prinsipp for samfunnsvitskapleg verksemd er å søkje ”sanning”. Samfunnsforskarane skal tilstreve at den kunnskapen dei baserer sine analysar på, og den kunnskapen dei etablerer på basis av sine analysar, skal vere mest mogleg sann. Ulike studiar vert gjennomførte i ulike kontekstar ut frå ulike perspektiv, og ulike tilnærmingar fører til revurderingar av ”sanningar” og ny innsikt. Oppfatninga av sanning skal vere teoretisk, metodologisk og kontekstuell forankra. Det er ikkje nok at forskaren gjer greie for den kunnskapen som forskinga resulterer i, ho skal også gjere greie for undersøkinga sitt teoretiske perspektiv, metodiske opplegg og kontekstuelle vilkår. Vurdering av sanning i samfunnsvitskapen byggjer på rasjonelle og logiske kriterium, eit metodologisk prinsipp. Det må vere klare kriterium for slike vurderingar, slik at det rasjonelle og logiske fundamentet er stabilt, sjølv om metodane og framgangsmåtane kan variere og bli endra (Grønmo 2004:17-18).

3.1 Val av metode

Grønmo (2004:27) seier at ein metode er ein planmessig framgangsmåte for å nå eit bestemt mål. I vitskapleg verksemd er målet å byggje opp kunnskap om bestemte fenomen og å utvikle ei teoretisk forståing av denne kunnskapen. Han seier vidare at det er to hovudretningar innafor samfunnsvitskapleg forskning: Kvalitativ og kvantitativ tilnærming. Val av metode har samanheng med kunnskapsutvikling og teoretisk perspektiv. For å kunne utvikle godt grunngeven kunnskap som er av interesse, og for å kunne byggje opp haldbare og fruktbare teoriar, må vi basere oss på adekvate og føremålstenlege forskingsmetodar (op cit:3).

Informasjon som vi får hos ei kjelde, er ikkje utan vidare det same som data, men danner grunnlaget for data. Data er informasjon som er bearbeidd, systematisert og registrert i ei bestemt form og med sikte på bestemte analysar. Vitskapen skil mellom to hovudtypar av data: Kvalitative og kvantitative data. Det er mogleg å studere eit fenomen ved hjelp av både kvalitative og kvantitative data.

Kvantitative data seier lite om mykje, omfattar eit stort talmateriale, mange einingar, statistiske metodar og standardiserte analyseteknikkar. Opplegga for innhenting er strukturerte, det er avstand til datakjeldene, og tolkingane får ei presis form.

Kvalitative data eignar seg for analytisk skildring, når føremålet er å beskrive totale situasjonar. I slike undersøkingar er det metodiske opplegget prega av fleksibilitet, det kan endrast når nye erfaringar vert hausta undervegs. Forskaren har nærleik til datakjeldene, noko som også gir høve til relevante tolkingar ved at datainnsamlinga kan styrast for å få mest mogleg dekkjande informasjon (Grønmo 2004:129-132).

Eg har funne at kvantitative data - eller kombinasjonar av kvalitative og kvantitative data - ikkje høver i mi undersøking, då det er ny innsikt og meir heilskapleg forståing av eit tema eg ønskjer å skaffe meg. Eg har difor valt ei kvalitativ tilnærming. Metoden fordrar nærleik til - og direkte kontakt med - aktørane, og at eg lever meg inn i dei meningsytringane som skal analyserast. Eg har behov for informantane sine utdjupande synspunkt og deira eiga forståing av det temaet eg tek opp.

Omgrepa intensjon og mening, relevans og kontekst er sentrale i eit heilskapsforståande og fortolkande studium. Eg vil freiste å få innsikt i *”aktørenes egen forståelse av sine handlinger og hvilken mening handlingene har for aktørerne selv”* (Grønmo 2004:372), når det gjeld det temaet eg har valt. Eg må difor freiste å sjå og analysere dei delane eg skal studere som ein del av ein større heilskap. Grønmo (op cit:371) seier at det nettopp er innanfor ein bestemt kontekst at handlingar eller hendingar framstår som heilskapar og vert meningsfulle, både for aktørane sjølve og for utanforståande iakttakarar.

Både fenomenologiske og hermeneutiske studium legg vekt på fortolking og forståing. Begge tilnærmingane tek utgangspunkt i aktørane si eiga forståing av sine handlingar - og intensjonane med handlingane. Men medan aktørane og deira *”livsverden”* er sentrale i fenomenologiske studium, legg hermeneutiske studium i tillegg vekt på at forskaren og hennar for-forståing, emneforståing og innsikt i aktørane sine intensjonar, vil verke inn på forskaren si fortolking (Grønmo 2004:373).

På bakgrunn av god kjennskap til fagfeltet, har eg nøye vurdert kva omsyn eg måtte ta til eiga rolleforståing, for-forståing og eiga innleving i og gjenkjenning av informantane sine intensjonar med sine handlingar.

Forskinsintervjuet

Systematisk, intervjubasert forskning er eit nytt fenomen som berre har eksistert nokre tiår. Forteljingar og samtalar vert i dag sett på som sentrale i arbeidet med å innhente kunnskap om den sosiale verda. Det vert no fokusert stadig meir på den forståinga som oppstår gjennom samtalar med dei menneska som skal forståast (Kvale 1997:24-25). Kvale seier vidare at det er den menneskelege interaksjonen i intervjuet som produserer vitskapleg kunnskap (op cit:28). Fenomenologi og hermeneutisk teori, med sentrale omgrep som meining og heilskapsforståing, er typiske teoridanningar innfor den forståande tradisjonen (Grønmo 2004:372).

Ein vanleg metode for å innhente kvalitative respondentdata er uformell intervjuing. Andre datatypar i kvalitative opplegg er deltakande observasjon og kvalitativ innhaldsanalyse. Intervjumetoden består i samtalar mellom intervjuaren og respondentane. Ein intervjuguide styrer samtalan (op cit:127).

Med bakgrunn i problemstillinga i min studie har eg valt å bruke metoden med uformell intervjuing. Eg utarbeidde ein halvstrukturert intervjuguide som eg nytta under samtalan med informantane (sjå tabell1). Eg følgde den same intervjuguiden under samtalan med alle informantane, men stilte ulike tilleggsspørsmål undervegs, ut frå dei synspunkta og opplysningane som kvar einskild informant hadde. Eg evaluerte intervjuguiden under og etter intervjurunden i den første kommunen, men fann ikkje behov for å endre skissa.

Forskarrolla

Ein grunntanke i hermeneutikken er at vi alltid forstår noko på grunnlag av visse føresetnader. Det mest kjende omgrepet i denne samanhengen er for-forståing. For-forståing omfattar både språk, omgrep, førestellingar og personlege erfaringar. Forskarane si for-forståing inneheld dei same elementa som andre aktørar si for-forståing. Alle menneske ber også med seg ein bakgrunnskunnskap som dannar føresetnader for det vi skal tolke og forstå. (Gilje og Grimen 1993:148-151).

Dette perspektivet vurderte eg grundig då eg utarbeidde spørsmåla i intervjuguiden, sidan eg har lang leiarerfaring og er svært interessert i temaet for studien. Eg var difor merksam på å vere ”objektiv” og ikkje trekkje inn eigne synspunkt under intervjuet, særleg i samband med at eg måtte forklare nokre omgrep og samanhengar undervegs. Eg tenkte også gjennom at det kunne påverke informantane sine synspunkt at dei kjende meg og mi yrkesrolle og erfaring på førehand. Men uansett kor stor vekt forskaren legg vekt på unngå eller redusere problem som t.d. å påverke dei svara som informantane gir, er det viktig under analyse- og tolkingsarbeidet å vurdere korleis det endelege datamaterialet likevel kan ha vorte påverka av ulike feilkjelder. Forskaren må difor vere bevisst på - og vurdere - ulike feilkjelder (Grønmo 2004:165). Eg har, som nemnt før, eit sterkt engasjement for tema i studien. Mitt engasjement og kjennskap til dei emna eg tok opp, kan ha påverka settingen og informantane, utan at eg har vore bevisst på dette. Men læring skjer først og fremst gjennom eigne intervjuerfaringar, seier Kvale (1997:92). Det skal trening til for å kunne skape sikre interaksjonar.

Eg valde å ikkje forske på eigen arbeidsstad. Eg har hatt nære relasjonar over fleire år til andre leiarar i min eigen kommune, og fann at både personlege erfaringar og førestellingar om kollegaer, kompetanse og arbeidsmiljø ville kunne stengje for ein open holdning til synspunkt og formidlingar, og ein ville kunne stille spørsmål ved reliabiliteten i studien. Forsking på eigen arbeidsstad ville også kunne setje kollegaer i ein vanskeleg situasjon i høve til å kunne snakke fritt og ope, og kanskje føre til problem i ettertid.

Forskarrolla vert drøfta også seinare i dette kapittelet.

3.2 Val av informantar

Samfunnsvitskapen skil mellom tre hovudtypar av kjelder: Aktørar (direkte observasjonar), respondentar (respondere på bestemte spørsmål) og dokument (Grønmo 2004:120). I mi framstilling brukar eg nemninga informant og ikkje respondent. Litteraturen skil ikkje skarpt mellom desse to omgrepa. Vitskapen opererer med ulike typar av analyseiningar: Aktørar, som kan vere både individ og grupper, aktivitetar, som vert utførte av ulike aktørar, og meiningar (op cit:79). Dei 8 informantane i mi undersøking er tenesteleiarar (aktørar på individnivå) i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene. Aktørane/tenesteleiarane er analyseininga i mitt studium.

Av tidsmessige og praktiske omsyn valde eg åtte informantar frå to kommunar, ein utveljingsmåte som høyrer heime under det Grønmo (2004:100) kallar *strategisk utval* av einingar: Informantane,

tenesteleiarane, sit inne med den informasjonen eg treng for å kunne få svar på forskningsspørsmåla mine. Dei er strategisk valde. Kommunane blei ”slumpmessig” valde. Dei ”slumper til” å vere tilgjengelege på ein bestemt stad og til eit bestemt tidspunkt (op cit). Eg valde denne utveljingsmåten fordi det er tematikken og teorien som i min studie skal prøvast ut mot opplevingane og synspunkta til informantane. Eg skal prøve ut om teorien er relevant for problemstillinga.

Eg hadde behov for informantar som hadde både fagleg, administrativt og økonomisk ansvar for tenestene. Fem av informantane hadde leiaransvar for ei delteneste i pleie- og omsorg, medan tre av informantane hadde leiaransvar for to deltenester, både heimesjukepleie og institusjonsteneste. Stort sett er dei kommunale pleie- og omsorgstenestene likt organiserte, men med ulike nemningar på avdelingar og leiarfunksjonar. Organiseringa og leiaransvaret har ikkje betydning for spørsmålsstillingane og resultatet i undersøkinga, og det var ikkje så store skilnader på andre dimensjonar ved dei to kommuneorganisasjonane at det var verdt å legge vekt på i framstillinga. I denne studien er det, som nemnt ovanfor, temaet - og forståinga av temaet - som er viktig, og to kommunar vart (slumpmessig) valde på grunn av behovet for 8 informantar på tenesteleiarnivå, som eg fann var nok til å gje svar på dei spørsmåla eg ønskte å stille.

Kvale (1997:58-60) peikar på at talet på intervjupersonar heng saman med studien sitt føremål, men at det også må takast omsyn til dei tidsressursane forskaren har til rådvelde. For mange informantar og stor datamengd kan føre til dårleg kvalitet på analysar og resultat. Kvalitet er viktigare enn kvantitet i intervjumetoden.

Eg sende først ein skriftleg førespurnad til rådmennene i dei to kommunane om løyve til å intervju 4 tenesteleiarar i kvar kommune. Eg informerte om tema for studien, føremål, tidsperspektiv og korleis eg kunne tenkje meg å gjennomføre intervjuprosessen. Begge rådmennene var interesserte og positive, og eg fekk løyve til å intervju tenesteleiarane i deira arbeidstid.

Deretter tok eg skriftleg kontakt⁶ med dei aktuelle informantane i undersøkingskommunane og informerte om ovannemnde løyve, og gav litt meir utfyllande informasjon om tema enn i brevet til rådmennene. Alle tenesteleiarane eg tok kontakt med, var positive til å vere med i undersøkinga, og ingen trekte seg, heller ikkje undervegs. Eg tok så munnleg kontakt og avtalte tidspunkt for intervju.

⁶ Vedlegg 1

Kvale (1997:66) omtalar tre etiske reglar for forskning på menneske: Informert samtykke, konfidensialitet og konsekvensar. Eg utarbeidde eit skjema⁷ med informasjon om informert samtykke, om kva ei deltaking i undersøkinga innebar, og ba om skriftleg stadfesting på at dei godtok vilkåra.

Eit informert samtykke inneber at informantane vert informerte om undersøkinga sitt overordna mål, om hovudtrekka i prosjektplanen, og om moglege fordelar og ulemper ved å delta i forskingsprosjektet. Informert samtykke inneber også at forskaren får informanten til å vere med frivillig, og at ho kan trekkje seg når ho vil.

Konfidensialitet, anonymisering og oppbevaring av data blei omtala i det same skjemaet. Alle dei ovannemnde etiske reglane blei også tekne opp munnleg i forkant av intervjuet. I dei få høva informantane ikkje ville bli refererte på einskilte utsegner, er dei ikkje tekne med i studien.

3.3 Metode for innsamling av data

Grønmo, (2004:125, fig.73) nemner tre kjeldetypar for innsamling av kvalitative data: Deltakande observasjon, uformell intervjuing og kvalitativ innhaldsanalyse. Eg nytta uformell intervjuing i mi innsamling av data, med ein delvis strukturert intervjuguide. Intervjuguiden skal vere ei rettesnor for forskaren for å skaffe seg relevant informasjon til å kunne svare på problemstillinga. Men den skal også vere så generell at intervjuet kan gjennomførast på ein fleksibel måte (op cit:161).

Eg utarbeidde intervjuguide med fire hovudinndelingar (sjå tabell 1), tematisk spesifiserte og relaterte til dei teoretiske omgrepa som ligg til grunn for undersøkinga (PAIE, Strand sin kontekstmodell for organisasjon og leing, som eg gjer greie for i kapittel 2) og til føremålet med studien. Denne systematiseringa i kategoriar var ein viktig del av analysen, ei systematisering som forenkla den vidare handteringa og bearbeidinga av innsamla data.

Eg følgde hovudspørsmåla i intervjuguiden, og til ein viss grad dei underspørsmåla eg hadde formulert. Men ut frå informantane sine synspunkt på tema og deira beskriving av si livsverd i sin aktuelle kontekst, stilte eg tilleggsspørsmål ut frå korleis eg tolka deira svar der og då, men innafør ramma av fire hovudtema. Sjølv om eg hadde relativt stramme temarammer for intervjuet, opplevde eg ikkje at dette hindra informantane i å formidle nyansar og viktige detaljar. Det verka heller som

⁷ Vedlegg 3

om dei vart konsentrerte og skjerpa. Hovudspørsmåla var utforma slik at dei først inviterte til beskrivande svar, og eg spurde til slutt i intervjuet om det var noko dei ville supplere med som dei ikkje hadde fått med tidlegare i intervjuet.

Innleiande spørsmål om informantane; funksjon, arbeidsoppgåver og rammevilkår (presentasjon i kap. 4) tok eg opp i byrjinga av intervjuet, og det gjekk med ein del tid til dette. Eg kunne ha sendt ut spørsmåla på førehand, men samstundes var dette ei kontaktskapande og nyttig innleiing til den vidare samtalen. Men eg måtte likevel innhente nokre supplerande, demografiske opplysningar i etterkant, og eg kommuniserte då via e-post.

Intervjusituasjonen

Som tidlegare nemnt intervjuar eg åtte tenesteleiarar i to kommunar. Eg reiste ut til informantane på deira arbeidsplass, eg hadde avtalt ei tidsramme på ca. ein og ein halv time. Dei var på førehand informerte om - og hadde gjeve si godkjenning til - at eg tok samtalan opp på lydband. Tidsramma viste seg å vere passeleg. Utskriven tekst blei ca. 90 sider, og ei større tekstmengd ville ha vore vanskeleg å handtere, både metodisk, praktisk og tidsmessig. Vi brukte informantane sine kontor til intervjuopptaka, med tanke på at situasjonen skulle vere mest muleg avslappa og trygg for informantane. Dei hadde førebudd seg ved å setje av tid og syte for ro kring intervjusituasjonen. Eg blei godt motteken av alle, noko som skapte ei trygg ramme, også for meg som intervjuperson.

Kvale (1997:75) seier at intervjupersonane bør få ein kontekst for intervjuet gjennom informasjon både før og etter samtalen. Alle informantane meinte at sjølv om temaet eg tok opp var lite kontroversielt, så var det litt diffust og vanskeleg, og dei hadde reflektert lite kring delar av dei tema som eg tok opp. Før kvart intervju la eg opp til openheit om føremålet med studien, at det var nettopp å kunne få meir refleksjon omkring og større innsikt i eit tema som det var lite fokus på i pleie- og omsorgstenestene generelt. Det var difor viktig at eg kunne nytte relevante data på ein open og fruktbar måte, også data som viste at dei ikkje hadde hatt dei djupe refleksjonane omkring nokre av tema.

Eit intervju kan sjåast på som ein fagleg samtale, med einseitig spørsmålsstilling frå fagpersonen til intervjupersonen (Kvale 1997:31). I dette perspektivet var det viktig for meg å bruke eit forståeleg språk, og å setje dei spørsmåla eg stilte inn i ein samanheng. Det var dette eg som intervjuar og fagperson opplevde som det pedagogisk mest utfordrande og krevjande, både under utarbeidinga av

intervjuguiden og i gjennomføringa av samtalen. Informantane kjende til dei omgrepa eg brukte i studien, men for dei var omgrepa enno diffuse og ikkje innarbeidde i deira daglege fagspråk. Døme på slike uttrykk var: ”forbetringskunnskap”, ”kontekstuell kompetanse” og ”organisatorisk kompetanse”. Difor gav dei uttrykk for at deira deltaking i studien førte til læring og bevisstgjeringsom eige fagområde.

Gilje og Grimen (1993:146) drøftar også ”erfaringsnære” og ”erfaringsfjerne” omgrep innafor hermeneutisk tradisjon om forståing og tolking. Erfaringsnære omgrep brukar vi i våre daglegdagse beskrivingar og tolkingar av oss sjølve og andre. Erfaringsfjerne omgrep vert nytta av eksperten når ho skal forklare den del av verda som hennar spesialitet er oppteken av. Dei viser også døme på at erfaringsfjerne teoretiske omgrep etterkvart er blitt erfaringsnære i språket vårt, t.d. ”det ubevisste” (frå Freuds psykoanalyse), som no er vanleg å bruke i dagleglivet når vi skal forklare eigne og andre sine handlingar (op cit:147).

Intervjukvalitet er avhengig både av intervjupersonen og intervjuaren sine kvalifikasjonar. Den ideelle intervjupersonen eksisterer ikkje, seier Kvale (1997:91). Ulike personar passar til ulike typar intervju. Det er intervjuaren som er forskingsinstrumentet, og ho må ha visse kvalifikasjonar for å kunne få det beste ut av samtalanene. Ho må mellom anna ha gode fagkunnskapar, vere styrande, vere kritisk og kunne stille kontrollerande spørsmål, og ho må kunne klargjere og utdjupe meiningar under intervjuet, og tolke undervegs for å kunne få stadfesta eller avkrefta tolkingane (op cit:93).

I dette tilfellet hadde både eg som intervjuar og informantane lang erfaring som leiarar innafor same fagfeltet. Den felles yrkesbakgrunnen og den felles konteksten gjorde nok samtalanene ”enklare”, men samstundes vart det viktig for meg å vere open for informasjon som eventuelt kunne revidere det som Gilje og Grimen (1993:151) kallar felles førestellingar og trusoppfatningar. Ein aktør si forståing kan reviderast i møte med verda og nye erfaringar.

Kvale (1997:97) seier at det kvalitative forskingsintervjuet er særleg veleigna til å stille leiande spørsmål, og at intervjuaren i kvalitative undersøkingar er altfor redd for å stille leiande og styrande spørsmål. Han seier at leiande spørsmål kan vere ein styrke for å sjekke intervjupersonen sin reliabilitet og å verifisere intervjuaren sine tolkingar.

Eg var bevisst på spørsmålsstillinga mi både under utarbeidinga av intervjuguiden og når eg stilte supplerings spørsmål i intervjuet.

Elles noterte eg berre av og til små stikkord om assosiasjonar eg fekk undervegs, og tok i dei høva opp notata med informantane etter intervjuet, for ikkje å forstyrre flyten i sjølve samtalen.

3.4 Analyse og tolking

Grønmo (2004) peikar på at siktemålet med kvalitative analysar er å kome fram til heilskapleg forståing av spesifikke forhold, eller å utvikle teoriar og hypotesar om bestemte samfunnsmessige samanhengar. Grønmo seier vidare at i kvalitative studiar vert data vanlegvis analyserte etter kvart som dei vert samla inn. Analysen føregår heile tida parallelt med datainnsamlinga, men utover i studien vert analysearbeidet ein stadig meir dominerande del av prosjektet. Analysane vert vidareførte og fullførte etter at datainnsamlinga er avslutta (op cit:245).

Analyse og tolking føregår altså parallelt. Gilje og Grimen (1993:145) peikar på at menneska har visse oppfatningar om korleis deira samfunn er og korleis det bør vere. Samfunnsforskarar må difor ofte fortolke noko som allereie er fortolka, det vil seie sosiale aktørar sine fortolkingar av seg sjølve, av andre og av verda. Difor må forskaren forholde seg til ei verd som allereie er fortolka av dei sosiale aktørane sjølve.

Kvale (1997) beskriv seks trinn i analysen av kvalitative data. Det første steget i analysetilnærminga er når intervjupersonen skildrar si livsverd. I denne fasen er det lite eller inga tolking. Som innleiing til kvart hovudspørsmål fekk informantane spørsmål om fritt å skildre ulike opplevingar og erfaringar som var knytte til tema. Ved desse skildringane stilte eg supplerande spørsmål berre dersom det var noko som var uklart i framstillinga.

Trinn to er når intervjupersonen sjølv oppdagar nye forhold i løpet av intervjuet, og ser nye tydingar og nye samanhengar i det intervjuobjekta seier og gjer. Dette skjer utan påverknad og tolking frå intervjuaren. Som eg tidlegare har trekt fram, var delar av tema for studien min noko som informantane i liten grad hadde tenkt over. Refleksjonane deira var difor inngåande og interessante. Dei gav uttrykk for at deltakinga og refleksjonen kring spørsmåla som blei stilte, var lærerik og bevisstgjerrande, og ville kunne føre til bruk av andre tilnærmingar i leiarfunksjonen og leiaroppgåvene deira når det gjaldt kompetanse- og kvalitetsarbeid.

I det tredje trinnet fortetter og fortolkar intervjuaren meiningane med det informanten seier. Eg hadde underspørsmål til kvart hovudspørsmål i intervjuguiden, for å kunne få fram klare og konsise svar, og eg stilte spørsmål attende til informantane dersom eg følte at noko var uklart.

I det fjerde trinnet vert det transkriberte intervjuet tolka av intervjuaren. Denne analysen kan delast i tre: Først skal intervjumaterialet strukturast. Det skjer vanlegvis ved å transkribere teksten. Den neste fasen er å klargjere materialet, altså å leggje det til rette for analyse. Den neste fasen er å klargjere meiningsanalysen, der hovudmetoden er: Fortetting, kategorisering, narrativ strukturering, tolking og ad hoc-metodar.

Eg skreiv ut intervjuet umiddelbart etter utspørjinga, med unntak av eitt intervju som hadde dårleg lyd kvalitet. Då måtte eg ved hjelp av e-post gå attende til informanten og få hjelp til å rekonstruere nokre utsegner. Å skrive ut intervjuet sjølv var for meg ein viktig del av analyseprosessen, og lærerikt. Eg oppdaga detaljar i samtalan som eg ikkje hadde reagert på i intervjusituasjonane. Eg skreiv ned alt som vart sagt, og sende den respektive teksten til kvar informant til gjennomlesing og evt. korrigering eller andre reaksjonar, men det var ingen som ville rette på utsegner.

Eg organiserte alle intervjuet etter inndeling i hovudspørsmål og underspørsmål i intervjuguiden, og brukte fargekodar og bokstavkodar på informantane for å anonymisere og kategorisere teksten på ein enkel og oversiktleg måte. Vidare bearbeidde eg teksten ved i nokon grad å ”meiningsfortette” enkeltutsegner. Eg redigerte og ordna teksten. Den blei meir konsis utan at innhaldet blei endra. Eg valde også å gje sitata ei munnleg form for å få fram det ekte og røyndomsnære i informantane sine utsegner.

Gjen-intervjuing er det femte trinnet i Kvale si analysetilnærming. Eg hadde ikkje behov for å oppklare noko i sjølve hovudspørsmåla, med unntak av det eg før har nemnt om dårleg lyd kvalitet i eitt intervju. Men eg måtte i etterkant supplere nokre demografiske data, som eg såg hadde betydning for den vidare analysen.

Det siste trinnet er handling i forlenging av beskriving og tolking. Det vil seie at informantane - og også forskaren - reagerer med å handle på bakgrunn av ny innsikt. Eg gjorde avtale om å presentere den ferdige rapporten for kvar kommune, og viser elles til trinn to ovanfor.

3.5 Validitet, reliabilitet og generalisering

Datamaterialet kan ”oppfattes som et produkt, og i likhet med andre typer produkter kan samfunnsvitenskaplige data ha varierende kvalitet”. God datakvalitet er ein føresetnad for ”å komme frem til analyseresultater som er holdbare og fruktbare” (Grønmo 2004:217).

Validitet (kor gyldig datamaterialet er for den konkrete problemstillinga) og reliabilitet (kor påliteleg datamaterialet er) handlar om kvalitetssikring av forskinsprosessen. Dei viktigaste føresetnadene for at eit datamateriale skal kunne gi ei god belysing av problemstillinga i eit bestemt studium, er følgjande: 1). Datamaterialet skal vere bygd på prinsippa om *sanningsforplikting* i forskinga 2). Datainnsamling skal byggje på vitenskaplege prinsipp for *logikk og språkbruk* 3). Utval av *einingar* skal gjerast på ein forsvarleg måte 4). Utval av *informasjonstypar* må gjennomførast på ein systematisk måte 5). Gjennomføring av *datainnsamling* må føregå på ein forsvarleg måte (op cit:218).

Validitet og reliabilitet er delvis overlappande, seier Grønmo (2004:221). Høg reliabilitet er ein føresetnad for høg validitet. Eit datamateriale kan ikkje vere gyldig eller relevant for problemstillingane dersom det ikkje er påliteleg.

Kvale (1997:158-160) seier at innan den moderne samfunnsvitskapen er omgrepa validitet, reliabilitet og generalisering ”*en hellig, vitenskapelig treenighet*”. Hans tilnærming er å ikkje avvise desse omgrepa, men å rekonseptualisere dei, slik at dei vert relevante for intervjuforskninga.

Validitet

Grønmo (2004:220) seier at validitet dreier seg om datamaterialet si gyldigheit for dei problemstillingane som skal belysast. Validiteten er høg dersom undersøkingsopplegget og datainnsamlinga resulterer i data som er relevante for problemstillinga. Han seier vidare at validiteten er høgare di betre dei faktiske data svarar til forskaren sine intensjonar. Eit slikt samsvar kan vere vanskeleg å oppnå i praksis, men ovannemnde prinsipielle definisjon av validitet er likevel eit godt grunnlag for ei drøfting og vurdering av validiteten, uansett korleis undersøkinga blir gjennomført. Validitet er først og fremst relatert til punkt 3 og 4 ovanfor, men også val av tema og verkty i datainnsamlinga er viktige for validiteten i studiet.

Kvale (1997:164-165) seier som Grønmo (2004) at validitet berører alle stadium i ei intervjuundersøking. Validitetsvurderinga bør fungere som ein kvalitetskontroll gjennom alle stadium av kunnskapsproduksjonen.

Både Kvale (1997:166-167) og Grønmo (2004:234-237) trekkjer fram tre typar validitet som er vanlege i kvalitative studiar. Den første kallar Grønmo kompetansevaliditet; altså at forskaren har kompetanse på det aktuelle forskingsfeltet. Di meir kompetanse forskaren har på fagfeltet, di større er moglegheitene for å kunne samle eit datamateriale med høg validitet. Kvale kallar det ”*korrespondenskriteriet*” for sanning. Validering handlar om å ”*gi argumenter for alternative kunnskapsutsagns relative troverdighet*”, og valideringa er då avhengig av ”*forskerens håndverksmessige dyktighet*”. Funna må kontinuerleg sjekkast, etterprøvast (kva, kvifor, korleis) og tolkast teoretisk.

Utgangspunktet for studien min var eit ønske om å belyse eit emne som eg meiner er viktig sjå nærare på, ut frå egne erfaringar i min yrkespraksis. Det er viktig at ein forskar kan tolke og bearbeide utsegner og stille kontrollerande spørsmål i eit intervju utan å ta utgangspunkt i egne synspunkt og haldningar. Eg var difor merksam på at mine egne interesser, intensjonar og oppfatningar kunne verke inn på mi forståing og mine tolkingar av datamaterialet. Men, som eg tidlegare har sagt, har mitt tema vore lite diskutert i fagmiljøet, og eg var nyfiken på å høyre kva andre i leiande stillingar i pleie- og omsorgstenestene meinte om dei spørsmåla eg stilte. Eg meiner difor at eg var open for innspel, tankar, meiningar, andre perspektiv og korrigeringar av mine egne oppfatningar og forståing. Eg meiner også at kunnskapen min om fagfeltet var eit eigna grunnlag for å kunne motivere informantane til å reflektere undervegs, undre seg over mine tolkingar av deira utsegner, og legge fram nyanserende synspunkt.

Den andre typen er kommunikativ validitet. Her diskuterer forskaren med andre som har innsyn i fagfeltet, om datamaterialet er treffande i høve til problemstillinga. Kvale (1997:170) hevdar at gyldig kunnskap oppstår i ein dialog om motstridande påstandar.

Alle informantane hadde lang erfaring, og dei var trygge nok til å ha ei kritisk tilnærming til egne oppfatningar og praksis, og dei vedgjekk at dei hadde vore lite bevisste på det emnet eg tok opp. Samstundes hadde dei god generell kunnskap om pleie- og omsorgstenestene, og dei hadde fokus på leiing og kva føresetnader som var viktige for å kunne forbetre tenestene. Men samstundes reagerte fleire av informantane på omgrep og ordbruk i spørsmålsstillinga i intervjuet (t.d. systemisk kunnskap, prosessuelle arbeidsmåtar, organisatorisk kunnskap), og ein av informantane gav uttrykk for at ho likte å bruke ”*vanlege ord*”. Grunngevinga var at dei i det daglege måtte bruke omgrep som alle forstod eller hadde ei felles oppfatning av. Alle svarte ærleg, ope og direkte og sa klart frå dersom

dei ikkje hadde tenkt over dei spørsmåla eg stilte, eller ikkje hadde tenkt over emnet. Dei svarte også ofte med ”*eg trur*” på spørsmål, t.d. når dei skulle beskrive viktige faktorar for å kunne yte gode tenester.

Ein tredje validitetstype er pragmatisk validitet. Grønmo (2004) seier at validiteten er høg dersom studien utgjer eit godt handlingsgrunnlag, dvs. at det er samsvar mellom den empiriske studien og den praksisen ein vil etablere. Kvale (1997) si tilnærming er at kunnskapsgrunngeving vert erstatta med kunnskapsbruk. Kunnskap er evna til å utføre effektive handlingar. Han seier også at:

”For pragmatikere er sannhet det som hjelper oss å handle slik at vi oppnår et ønsket resultat” (op cit:173).

Pragmatisk validitet refererer særleg til samanhengar der forskinga vert brukt til å utvikle ein bestemt praksis. Omgrepet er difor først og fremst relevant for aksjonsforskning, der forskaren samhandlar med ulike aktørar for å utnytte sine resultat i praktisk handling, eller anvend forskning, der forskingsresultata vert brukte til praktiske føremål. Pragmatisk validitet har difor ikkje nokon direkte relevans i mitt studium. Men som eg har sagt tidlegare i dette kapittelet, gav informantane uttrykk for at deira deltaking hadde ført til ei bevisstgjerjing om eiga yrkesutøving.

Sjukepleie har tradisjonelt vore ein praktisk disiplin, men kravet til kvalitet i helse- og sosialtenestene tvingar no fram ei akademisk tilnærming og kritisk haldning til praksis. ”*Endeløse tolkingssirkler*” (Kvale 1997:174) har ikkje vore tradisjon i sjukepleiefaget. Sjukepleia er handlingsorientert og har vorte utøvd i ein praktisk kontekst med ”*konsensustvang*” (op cit:175). Dette synet prega også haldningane og synspunkta til informantane.

Reliabilitet

Vi kan skilje mellom to typar reliabilitet (gyldigheit): Stabilitet og ekvivalens. At undersøkingsopplegget er stabilt, seier Grønmo (2004:222-223), tyder at det vert stort samsvar mellom data frå ulike tidspunkt når vi studerer stabile tilhøve i samfunnet. Han seier vidare at eit stabilt undersøkingsopplegg vil føre til at det vert ulikskap mellom data frå ulike tidspunkt, men ulikskapane vil vere ei avspiegling av endringane i dei samfunnsforholda som vert undersøkte. Dersom undersøkingsopplegget er ustabilt, skuldast dette opplegget, og data vert ikkje ei nøyaktig avspiegling av dei tilhøva som vert undersøkte. Ekvivalensen er høg dersom det er stort samsvar mellom data om same fenomen som er samla inn ved hjelp av same undersøkingsopplegg, men av ulike personar. Det krevst grundige førebuingar av kvalitetssikringsprosessen, jfr. dei fem punkta i

innleiinga til dette kapittelet. I tillegg må intervjuguiden vere grundig gjennomarbeidd. Spørsmåla skal vere relevante i høve til problemstillinga, og det må vere struktur på - og kvalitetssikring av - arbeidet med transkriberinga og tekstgjennomgangen.

Med desse metodekrava in mente, ba eg informanten før kvart intervju om å snakke klart og tydeleg, og eg testa lyd kvaliteten og plasseringa av mikrofonen på førehand. Eg stilte korte og opne spørsmål, og - som eg har drøfta før i dette kapittelet - var eg medviten på å ikkje stille leiande spørsmål utan at det var bevisst og naudsynt for å kunne teste ut reliabiliteten i informantane sine svar.

Eg skreiv ut teksten umiddelbart - ordrett. Eg tok att tekstmaterialet etter nokre dagar og lytta gjennom teksten ein gong til. Kvale (1997:103) kallar denne metoden ”*transkripsjonens intersubjektive reliabilitet*”. To ulike personar kan t.d. både tolke stemningar ulikt og høyre feil. Å lytte gjennom opptaka to gongar var med på å kvalitetssikre dei tolkingane eg hadde gjort. Intersubjektivitet opnar opp for mange detaljar og nyansar, og det er viktig at forskaren gjengir både utsegner og stemningar på ein måte som ikkje fører til ei gjenkjenning som kan støyte eller skade informanten eller forskinga. I mi undersøking er i utgangspunktet konteksten for synspunkta og essensen i informantane si samla formidling det sentrale, ikkje nødvendigvis kvar einskild utsegn. Samstundes er det viktig å ha med så mykje informasjon at ”*leseren får følelsen av å være til stede i teksten og oppleve settingen*” (Ryen 2002:179). For å få til ei best mogleg beskriving av intervju-situasjonen, har eg gjengitt spørsmål frå dei fire hovudinndelingane i intervjuguiden. Eg har brukt sitat når eg meinte det var viktig å få fram meiningsnyansar. Samanfatningar, tolkingar og kontekstuelle samanhengar er innfletta i funn-presentasjonen.

Grønmo (2004) peikar på at forskaren sine tolkingar er knytte til konteksten der datainnsamlinga føregår. Reliabilitet og truverde er basert på data om faktiske tilhøve, og at desse ikkje byggjer på forskaren sitt subjektive skjønn eller skuldast tilfeldige omstende under forskingsprosessen. Sidan eg kjende godt til forskingsfeltet og informantane, var det viktig for meg å halde ein viss distanse til både informantar og stoff/fagleg emne. Ryen (2002:119) seier at det er viktig med nærleik for å få innpass, men det er også viktig med ein ”*analytisk avstand*”. Denne balansen har eg erfaring med frå mange år i leiarrolla, og eg var særleg bevisst på dette forholdet i intervjusituasjonen.

Generalisering

Eit spørsmål som stadig vert stilt om intervjustudiar, seier Kvale (1997:160-162), er om funna kan generaliserast. Vi generaliserer alle i kvardagslivet, ut frå våre erfaringar med

situasjonar eller personar. Vi dannar oss forventningar om kva som vil skje. Grønmo (2004:86) trekkjer fram to hovudtypar av generalisering: Statistisk generalisering og teoretisk generalisering. Typane er svært ulike. Statistisk generalisering byggjer på sannsynlegheitsteori og vert brukt i samband med kvantitative studiar, ofte med sikte på å teste hypotesar eller teoriar.

Teoretisk generalisering, som er relevant i studien min, tek utgangspunkt i ei teoretisk forståing av dei samfunnstilhøve som skal studerast, og vert brukt ved kvalitative studiar. Teoretisk generalisering har særleg to viktige føremål: Det eine føremålet er å bruke studien av utvalet til å utvikle omgrep, hypotesar og teoriar, som ein ut frå teoretiske resonnement reknar med gjeld for heile universet av einingar (op cit:88). Det andre føremålet med teoretisk generalisering, seier Grønmo (op cit), er å studere utvalde einingar med sikte på å utvikle ei heilskapleg forståing av den gruppa eller konteksten som einingane til saman utgjer, slik eg tek sikte på i min studie. Denne heilskaplege forståinga avgrensar seg ikkje til den samlinga av einingar som inngår i sjølve utvalet. Ut frå teoretiske vurderingar gjeld truleg heilskapsforståinga også for den samla konteksten som omfattar "*hele universet*". Slike teoretiske generaliseringar tek utgangspunkt i strategiske utval (sjå kap. 3.2). Utveljinga byggjer på systematiske vurderingar av kva einingar som ut frå teoretiske og analytiske føremål er mest relevante og mest interessante.

Eg har i min studie 8 informantar, som er strategisk valde. Det finst ingen metodar for å kunne fastslå kor stort utvalet bør vere i høve til presisjon og tryggleik i dei slutningane vi skal trekkje om universet. Eit viktig kriterium for desse vurderingane er at utveljinga kan avsluttast når inkluderinga av nye einingar i utvalet ikkje tilfører vesentleg informasjon; eit teoretisk metningspunkt for utveljing av einingar (op cit:89). Eg opplevde at åtte informantar var nok til å nå "metningspunktet". Mitt inntrykk var at det var store likskapar i informantane si oppleving av dei tema eg tok opp, og det var ikkje store avvik i oppfatningar av - og meiningar om - innhaldet i dei spørsmåla som blei stilte.

3.6 Etiske vurderingar

I kapittel 3.2 har eg gjort greie for korleis eg fekk tilgang til forskingsfeltet. Eg sende ut informasjon og ba om godkjenning og samtykke til å vere med i undersøkinga, og eg forsikra informantane om at identitet, personopplysningar og data ville bli trygt og konfidensielt handsama. Kvale (1997:66-70) trekkjer fram informert samtykke, konfidensialitet og konsekvensar som tre etiske grunnreglar for

forsking på menneske. Desse spørsmåla tok eg også opp munnleg med informantane både før og etter intervju. Eg informerte dei om korleis eg ville handtere datamaterialet, og at eg ville anonymisere og kode kommunane, kvar informant, kvart intervju og kvart sitat med nummer.

Gjennom samtalar og analyse av intervju har eg freista å møte informantane og handsame deira utsegner på ein respektfull måte. Eg har freista å gjengi informantane sin røyndom på ein representativ måte (Ryen 2002:144). Den overordna målsetjinga for forskaren er å vere mest mogleg nøytral. Kvale (2001:69) seier at det er tre etiske sider ved forskarrolla: Forskaren sitt vitskaplege ansvar, tilhøvet til intervjupersonen og forskaruavhengigheita. Informantane var klar over mi rolle og mitt mål med studien, og at eg måtte få stå fritt til å tolke og analysere tekstmaterialet ut frå problemstillinga og dei teoretiske omgrepa i studien, og dei godkjende dette. Eg har handtert materialet ut frå min kunnskap, erfaring og kompetanse, og eg har gjort det eg har kunna for å vere ærleg og unngå etiske fallgruver. Har dette skjedd, har det vore utilsikta. (Sjå elles kap. 3.1, "Forskarrolla").

3.7 Oppsummering

Den følgjande modellen visualiserer metoden: Den viser problemstilling og spørsmåla i intervjuguiden, og tilknytninga til teorien:

Tabell 1: Problemstilling, teori og spørsmål i intervjuguiden. Samanstilling og samanhengar.

Kva sjukepleiefagleg kompetanse trengst for å kunne leie, utvikle og yte kvalitetstenester i ei endringstid?			
A(P) Organisatorisk perspektiv på sjukepleiarkompetanse – sjukepleiarane sitt bidrag til å yte kliniske kvalitetstenester	B(A) Organisatorisk perspektiv på sjukepleiarkompetanse – sjukepleiarane sitt bidrag til kvalitet i administrasjons- og leiingsoppgåver	C(I) Organisatorisk perspektiv på sjukepleiarkompetanse – sjukepleiarane sitt bidrag i arbeids- og forbetringsprossar	D(E) Organisatorisk perspektiv på sjukepleiarkompetanse – individuelle og kollektive utviklingsmål, haldningar og kompetanse
<p>Kva kompetanse meiner tenesteleiarane er viktig for å kunne yte kvalitetstenester i ei endringstid?</p> <p>Kva kunnskapar og ferdigheiter legg dei vekt på hos sjukepleiarane?</p> <p>-kor god er din organisasjon på å yte kvalitetstenester?</p> <p>-kva faktorar er viktige for å yte gode tenester?</p> <p>-kor bevisste er sjukepleiarane på statlege direktiv og retningslinjer - og på organisasjonen sine mål?</p> <p>-kva er behovet for organisatorisk kompetanse når det gjeld å produsere kvalitetstenester?</p> <p>-kva haldningar har dine sjukepleiarar til brukarmedverknad?</p> <p>-er det rom for å drive med systematisk forbetring av arbeidsprosessane i det daglege?</p> <p>-kva fokus har du som leiar på integrert organisasjonskunnskap i sjukepleie?</p>	<p>Kva verdi knyter tenesteleiarane til sjukepleiarane sin kompetanse i leiing styring og administrasjon, altså den type kompetanse som ikkje direkte vert oppfatta som pleie- og omsorgsretta?</p> <p>-korleis arbeider du med administrative oppgåver, og kva forståing har sjukepleiarane i di avdeling for rammevilkår, leiing og styring?</p> <p>-kva sjukepleiarkunnskap er viktig for samspelet mellom deg og sjukepleiarane når det gjeld desse oppgåvene?</p> <p>-Kva kunnskap meiner du er viktig for å kunne sjå heilskap, bygge system og føreta daglege prioriteringar av arbeidsoppgåver?</p>	<p>Meiner tenesteleiarane at sjukepleiarane har tileigna seg tilstrekkeleg kunnskap om prosessuelle arbeidsmåtar?</p> <p>Har dei noka oppfatning av korleis slik kunnskap kan tileignast og brukast i kvalitetsutviklingsarbeidet?</p> <p>-kva sjukepleiarkompetanse meiner du er viktig for samspelet mellom dei og deg som leiar?</p> <p>-er dine sjukepleiarar bevisste på læringsprossar, kommunikasjon og fruktbare måtar å samarbeide på?</p> <p>-er det rom for refleksjon?</p> <p>-er sjukepleiarane i di avdeling meir reflekterete, kritiske og konstruktive enn andre yrkesgrupper?</p> <p>-dokumenterer de avvik, og brukar de dei bevisst i endrings- og læringsprossar?</p>	<p>Meiner tenesteleiarane at sjukepleiarane er opptekne av visjonar og strategiar?</p> <p>I kva grad knyter dei utøving av faget sitt til individuelle og kollektive utviklingsmål?</p> <p>-kva konkrete strategiprossar har din organisasjon gjennomført - og korleis?</p> <p>-kva moglegheiter har du og dine sjukepleiarar til å vurdere og forbetre kvaliteten på tenestene, i tråd med statlege strategiar?</p> <p>-kva kompetanse og eigenskapar har dei "beste" og mest initiativrike sjukepleiarane, dei som er nyskapsande og kreative?</p> <p>-kva kunnskap og forståing er viktig for å kunne føreta faglege refleksjonar, endring og fornying, og å kunne ha "ein raud tråd" i arbeidet sitt?</p> <p>-kva legg du i omgrepa forbetring og kvalitetsutvikling?</p> <p>-kva meiner DU med sjukepleiefagleg kompetanse?</p> <p>-er det lettare å leie når du har sjukepleiarar med endringsvilje og -kompetanse?</p>

4.0 Presentasjon av data

Åtte tenesteleiarar i to kommunar er intervjuar i denne studien. I det følgjande presenterer eg funna. Først presenterer eg informantane og deira rammevilkår⁸. Vidare legg eg fram dei tematiske funna, kategoriserte etter dei fire hovudspørsmåla eg stilte informantane (kap. 4.2 – 4.5). Funna er tematisk strukturerte ut frå spørsmåla i problemstillinga og dei teoretiske omgrepa som ligg til grunn for studien.

4.1 Presentasjon av informantane, rammer og arbeidsvilkår

Alle informantane var kvinner, i ein alder frå 43 til 62 år. Dei hadde vore i sine noverande stillingar frå eitt til 14 år. To hadde tilleggsutdanning i både faglege emne og leiing, ei hadde både fagleg emne, leiing og pedagogikk som tillegg, ei hadde sjukepleievitskap som tilleggsutdanning, to hadde eitt fagleg emne i tillegg til grunnutdanning, og to hadde leiarutdanning i tillegg til grunnutdanning. Ingen hadde meir enn 60 studiepoeng/20 vektal i leiing. Alle hadde ein variert sjukepleiefagleg yrkesbakgrunn før dei tok til i noverande stilling. Berre ein av informantane hadde klinisk arbeid som ein del av sin stillingsinstruks. Dei andre deltok i klinisk arbeid berre når det var heilt naudsynt, t.d. i akutte situasjonar, eller når det var heilt uråd å få tak i vikarar ved sjukdom.

Alle var leiarar for samansette yrkesgrupper: Sjukepleiarar, hjelpepleiarar, omsorgsarbeidarar og assistentar. Tre hadde ansvaret for både heimetenester og institusjon, to hadde ansvaret for institusjonsavdelingar, og tre hadde ansvaret for heimetenester. Dei hadde personalansvar for frå 25 til 97 personar, og pleie- og omsorgsansvar for frå 32 til 160 pasientar.

Kommune **A** har ca. 3000 innbyggjarar, kommune **B** har ca. 7 000 innbyggjarar. Begge kommunane har tronge økonomiske driftsrammer. Men informantane opplevde dei økonomiske vilkåra litt ulikt, ut frå bakgrunn og tidlegare erfaringar. To av tenesteleiarane uttrykte det slik:

3: *”Vi greier ikkje å halde det budsjettet som vi har, vi må ha tilleggsløyvingar kvart år for å kunne gi den servicen vi MÅ til brukarane”.*

7: *”Eg kan ikkje seie det høgt, men eg synest vi har ein flott økonomi. Den finaste økonomi eg har jobba under”.*

Kommune **B** har ein hierarkisk organisasjonsstruktur med tre leiarnivå under rådmann, medan kommune **A** har ein flatare struktur med to leiarnivå under rådmann. Informantane i

⁸ Vedlegg 2: Skjema for demografiske data

denne studien arbeider på første og andre nivå i begge kommunane. Tre av informantane hadde såkalla områdeleiarfunksjonar, og hadde såleis fleire strategiske og samordnande oppgåver enn dei fem andre.

Begge kommunane hadde gjennomført omorganiserings- og rasjonaliseringsprosessar dei siste åra. Kommune **A** hadde god tilgang på sjukepleiarar og anna fagpersonell, medan kommune **B** hadde problem med å skaffe nok sjukepleiarar, og hadde måtta bruke vikarbyrå. I begge kommunane hadde kompetansen generelt til personalet i faste stillingar betra seg, mellom anna på grunn av desentraliserte, deltids utdanningstilbod. Begge kommunane har gjort organiseringsendringar for å kunne ”utnytte” sjukepleiarkompetansen betre. T.d. i kommune **B**, der sjukepleiarane arbeidde aktivt berre på dag og kveld, og hadde bakvakter på natt. Informantane i begge kommunane gav uttrykk for at ei betre samordning av tenestene og den betra fagkompetansen vog noko opp for gjennomførte stillingsreduksjonar.

Alle avdelingane hadde lav grunnbemanning, og informantane trekte fram at personellgruppene opplevde tidspress og var misnøgde med ressurstilgangen. Leiarane gav også uttrykk for at det var lite rom for refleksjon, lærings- og utviklingsprosessar i avdelingane. I ein kvardag med lite ressursar, knapt med personale og høgt sjukefråvær, måtte den direkte, naudsynte pleie og hjelp prioriterast. I gjennomførte brukarundersøkingar (2005) peika også brukarane på at pleiarane hadde for lite tid til dei.

4.2 Sjukepleiarkompetanse som faktor i produksjon av kvalitetstenester

Med ei ny, samordna kvalitetsforskrift frå 2003 og i satsinga ”og bedre skal det bli” (2005 – 2015) vert kvaliteten på tenestene vektlagt. Også begge undersøkingskommunane har dei siste åra hatt fokus på kvalitet og kva som burde vere nivået for forsvarlege tenester, men mest med tanke på økonomiske moglegheiter og perspektiv.

Tenesteleiarane si oppfatning av kvalitetstenester

Begge undersøkingskommunane hadde omorganisert for å kunne yte rimelege tenester med god kvalitet. Men alle informantane opplevde at det var vanskeleg å oppfylle statlege styresmakter sine auka krav og forventningar. Kommunane får mange nye, overordna oppgåver samstundes, og informantane tykte det var vanskeleg å prioritere mellom viktige utviklingsprosjekt som skal gjere kommunane i stand til å vere aktivt med i tenesteutviklinga. I denne samanhengen peika dei på større

statlege satsingar innan psykiatri, og krav om systematisk dokumentasjon, kontroll og planlegging av tenestene. Dei tykte også det var vanskeleg å nå fram med alle statlege styringssignal i personalgruppa. På spørsmål om dei meinte at sjukepleiarane var oppdaterte på aktuelle lovverk og statlege strategiar, svarte ein av informantane:

4: ” Eg trur nok det at alle sjukepleiarane er klar over at vi er styrte frå eit høgare plan, men dei er nok ikkje bevisste på det. Dei får ikkje alle skriv, sjølvst. Dei kan få dei i avdelinga, men det vert ikkje tid til å lese dei”.

Knappe ressursar hadde ført til at begge kommunane hadde evaluert tenestene, og omorganisert for å kunne få til ein optimal bruk av personellressursane. Eg stilte spørsmål om korleis informantane såg på sjukepleiarane si interesse for å delta i desse endringsprosessane.

1: ”Det er store endringar heile tida, og det å greie å henge med i utviklinga krev mykje krefter”.

8: ”Det er viktig at sjukepleiarane er nyfikne på ting som skjer for å få med seg det nye, og vere viljuge til å endre og tenkje forbetring heile tida. Det trur eg er viktig for å kunne få til ein god organisasjon”.

Alle informantane peika på at både lokale politikarar, leiarar og personalet dei siste åra er blitt meir bevisste på at pleie- og omsorgstenestene er ressurskrevjande avdelingar med forbetningspotensiale, både i høve til økonomisk styring, kompetanse og kvalitet. Informantane i begge kommunane trekte fram at KOSTRA-tal vert nytta aktivt og bevisst. Politikarane har fått betre økonomisk innsikt og ei større forståing for omfanget og drifta av tenestene. Begge kommunane hadde gjennomført brukarundersøkingar i 2005, og hadde planar om å halde fram med brukarundersøkingar som eit verkty for å kunne måle og forbetre kvaliteten på tenesteytinga i sine kommunar og avdelingar. Informantane tykte det var lærerikt å få tilbakemeldingar frå brukarane ut frå forståelege kvalitetsindikatorar. Dei gav også uttrykk for at det var positivt med større openheit om ”det indre livet” i dei ulike avdelingane.

For å få fram informantane sine haldningar til og oppfatningar av kvalitetstenester, fekk dei spørsmål om å setje ord på kva dei som leiarar la i omgrepet, og kva kompetansefaktorar hos sjukepleiarane som var viktige i den faglege tenesteproduksjonen. Tenesteleiarane gav ei litt ulik framstilling av kva dei la i omgrepet kvalitetstenester, men alle hadde ei oppfatning av at dei arbeidde med kvalitetsforbetring og at tenestene hadde forbetningspotensiale.

5: *"Ja, kva er kvalitet? Det er brukarane som må uttale seg om kvalitet dei synest vi har på tenestene. Stort sett kom vi gunstig ut i brukarundersøkinga, men brukarane peikar på at hjelpearane har for låta tid til dei."*

4: *"Vanskeleg å seie heilt, men vi er blitt betre og meir bevisste på å yte kvalitet, og med det meiner eg at pasientane får den hjelpa dei treng, og at dei får optimal hjelp. Optimal hjelp er avhengig av at vi samarbeider, at vi prøver å sjå heilskapen".*

8: *"Grunnen til at eg som leiar opplever at vi er gode, er at det etter kvart er blitt god samhandling mellom dei ulike tenesteeiningane innafor pleie- og omsorg".*

Informantane i begge kommunane peika på at ei velfungerande og stabil legeteneste var ein viktig basis for pleie- og omsorgstenestene. Den eine kommunen hadde i fleire år hatt problem med å rekruttere legar. Den andre kommunen hadde no ei stabil legeteneste, men særleg heimetenestene strevde med å få til eit systematisk samarbeid.

4: *"Når det gjeld samarbeid med legane, så har eg sakna det i alle dei åra eg har arbeidd i heimesjukepleia. Men vi har fått lovnad på at det skal bli betre. Det er vanskeleg å snu det som har vore tradisjon i fleire år. Eit godt samarbeid med legane har stor betydning for kvaliteten på tenestene".*

Dette viser at tenesteleiarane ser at det er viktig med tverrfaglegheit og samhandling for å kunne få til ei optimal tenesteyting. Dei meinte også at følgjande faktorar var viktige for kvaliteten på tenestene:

4: *"Eg trur at erfaring er viktig og. Eg trur det er bra at også leiarane har klinisk erfaring".*

5: *"Ja, eg trur det er ei felles forståing".*

6: *"Eg trur nok kanskje vi gir gode tenester til dei vi rekk over".*

Eg forstår informantane sine synspunkt slik at alle er opptekne av kvalitet og kvalitetsforbetring, men ingen har heilt klart definert kva dei eller deira avdelingar legg i omgrepet.

Sjukepleiarane sin samansette kompetanse

Kvalitetsutviklingsprosessar stiller store krav til tenesteleiarane. Brukarane sine rettar og medråderett er nedfelte i statlege direktiv og lovkrav, og i undersøkingskommunane er det tenesteleiarane som er ansvarleg for å tildele tenester som er forsvarlege og innafor dei rammene som budsjettvedtaka gir rom for. Eg ønskte å få informantane sitt syn på å bruke sjukepleiarane som medspelarar i leiingsprosessane når det gjeld å yte adekvat omfang og kvalitet på tenestene på brukarane sine premissar, og om sjukepleiarane var klare og bevisste på si deltaking og rolle for å kunne støtte leiaren i dette arbeidet. Informantane fekk spørsmål om dei hadde fokus på alle sider ved sjukepleiefunksjonen i samspelet i leiarprosessane, for å kunne oppfylle forventningane til tenestene frå brukarar, lokalsamfunn og statlege styresmakter.

Ein av informantane (2) trekte fram at leiarane sjølve måtte ha kunnskap for å kunne sjå – og hente ut – den kunnskapen som dei trong i leiargjerninga. Ho berømme kommunen som hadde gjeve leiarane i pleie- og omsorg støtte og midlar til å ta noko leiarutdanning, trass i dårleg kommunal økonomi. Kommunen ønskte å gi leiarane auka kompetanse for å gjere dei til meir bevisste leiarar. Den andre kommunen hadde ikkje umiddelbare planar for eit slikt kompetanseløft for leiarar. Elles trekte den same informanten fram at den viktigaste kompetansen for ein sjukepleiar var personleg skikketheit og praktiske ferdigheiter.

Dei fleste av dei andre informantane var heller ikkje spesifikke på annan kunnskap hos sjukepleiarane enn den kliniske, personlege og praktiske, men informant 7 uttrykte det slik:

”Det er heilt klart viktig at sjukepleiaren er fagleg dyktig, men det er ikkje nok. Det dreier seg også om personlege ting ho har med seg, kva familie ho er fødd inn i, og korleis ho er som menneske. Når eg tenkjer på sjukepleiarane her, så jobbar dei slik pleiepersonalet gjer. Dei steller, dei steller og dei steller! Så dei er slettes ikkje kvalitetsorienterte på nokon måte. Det er ikkje ei sjukepleiaroppgåve å berre stelle. Det var for 50 år sidan. Kvifor tek dei sjukepleiarutdanning då? Då held det med hjelpepleiarutdanning. Sjukepleiarane brukar ikkje kunnskapen sin. Dei må få eit anna overblikk. Alt dei t.d. kan om førebygging og helsefremmande tiltak, brukar dei ikkje. Dei tenkjer berre på å stelle og om håret til pasienten er pent!”

Den same informanten hadde innført løpande refleksjon over praksis. Ho hadde skapt møteplassar der sjukepleiarane (og anna personell) kunne reflektere og diskutere ut frå kanskje lite flatterande kvardagshistorier frå avdelingane. Ho meinte at refleksjonsmetoden var grunnleggjande for å kunne få til haldningsendringar i avdelingane, som var naudsynt for å komme vidare, med eit samspel mellom leiar og tenesteutøvar i kvalitetsforbetningsarbeidet. Ho hadde sett seg nøydd til å snu ein fastgrodd tenkjemåte, for å kunne få til ei bevisstgjerings om kompetanse – og rett bruk av kompetanse – som grunnlag for å kunne arbeide systematisk med vidare kvalitetsutviklingsprosessar.

Informant 4 la vekt på følgjande føresetnader for å kunne ha ei felles forståing og få til naudsynt samspel for utvikling: Ho meinte at leiarane bør ha praksis frå ei avdeling, ha kunnskap om det daglege arbeidet og vite korleis det er å arbeide under press i turnus. Denne kunnskapen er viktig også for å kunne formidle kvardagen til pasientane og personalet oppover i systemet, til politisk nivå. Vidare hadde ho erfart at etter at dei fleste i personellgruppa hadde teke ei fagutdanning, hadde personalet fått ei meir profesjonell haldning til - og blitt meir bevisste på - eigne roller og funksjon,

og forklarte det med at dei fekk meir sjølvtilitt, var meir aktive og tok meir initiativ i faglege vurderingar og diskusjonar.

4: *”For å få til gode tenester så trur eg at tenestene er blitt betre fordi vi har fått auka kunnskap gjennom å utdanne stort sett heile personalgruppa, og ei større bevisstgjerings av kva tenester vi skal yte. Vi er meir profesjonelle enn vi var for 10 år sidan”.*

Dei tre informantane som hadde områdeleiaransvar, hadde møte med leiarane på nivået under – avdelingsleiarane – ein gong pr. veke for å kunne komme med løpande informasjon om overordna saker, og for å få oversyn over den daglege drifta i avdelingane. I begge kommunane var det tett kontakt og samarbeid på tvers av leiarnivå. I kommune B ønskte dei å bruke av denne møtetida til å reflektere og drøfte alle sider ved tenestene, og bli meir systematiske i forbetningsarbeidet. Mellom anna var dei no i gang med å utarbeide handbøker for kva verdiar og strategiar som skal ligge til grunn for tenesteytinga generelt i kommunen. Målet var også at personalet gjennom arbeidsprosessane skulle bli meir bevisste og få ei djupare innsikt om grunnlaget for organisasjonen sin funksjon, sine eigne roller og arbeidsoppgåver.

Mål, rolleforståing, lovkrav og brukarmedverknad

Informantane fekk spørsmål om kor bevisste deira sjukepleiarar var på sjå si eiga rolle og sin eigen organisasjon i ein større samanheng, kva kjennskap dei hadde til endring og fornying slik statlege direktiv og retningslinjer krev, og kor viktig slik kunnskap var for leiingsprosessane. Vidare spurde eg kva kjennskap sjukepleiarane hadde til organisasjonen sine mål, og om t.d. det lovfesta kravet til brukarmedverknad hadde ført til endra tilnærmingsmåtar i tenestetildelinga og tenesteytinga.

2: *”Det er eg faktisk ikkje så sikker på. Du har rett på naudsynt helsehjelp, du skal drive gode tenester, men kva er ei god teneste? Politikarane tykkjer vi er gode når vi held budsjetttrammene, men det gjer vi ALDRI. Eg trur at sjukepleiarane si oppleving av mål er å ivareta pasienten/brukaren sine daglege behov. Det å yte god pleie. Eg trur at dei gjennom si utdanning får kjennskap til lover, men samstundes trur eg at deira tankar om å vere gode tenesteytarar er det viktigaste”.*

8: *”Sjukepleiarane må også vite kva dei har å forholde seg til når det gjeld lover og forskrifter og alt slikt. Det er naudsynt, men samstundes er det viktig korleis dei er som menneske. Det har mykje å seie for korleis du er som sjukepleiar, og det er stort sett bra her”!*

Kommune A hadde vedteke ein fireårig handlingsplan for tenestene, som eit styringsdokument med målsettingar for omstillings- og omorganiseringsprosessar. Gjennom desse prosessane hadde mellom anna statlege strategiar vorte tekne opp og formidla i organisasjonen. Informantane i kommune A meinte også at medarbeidersamtalar var eit godt verkty for å bevisstgjere og skape felles forståing for

organisasjonen sine styringsdokument, og elles blei faste fora som avdelingsmøte brukte til å formidle overordna vedtak og avgjersler som hadde konsekvensar for kommunane.

1: *"Eg meiner vi er ganske bevisste. Vi tek det opp i medarbeidarsamtaler, vi snakkar ofte om det, kva kvar einskild legg i yrket sitt, og kva som er felles mål for dei tenestene vi skal yte".*

8: *"Det eg kan seie, er at "den raude tråden" kanskje er for uklar. Vi har vel ikkje klare mål som vi har framme til dagen, og det burde vi kanskje ha. No driv vi, kommunen som organisasjon, og lagar visjonar, og så håpar eg at vi kan byrje på vårt nivå og få til noko".*

Men det kom også fram at det var få av sjukepleiarane som var genuint interesserte i fagutvikling og utviklingsstrategiar. Kravmentaliteten og urealistiske forventningar til administrasjonen og politikarane var ofte sterkare og meir framtrudande enn det å t.d. vere tydelege og gode rollemodellar og ha kritiske haldningar til eiga åtferd og eigen praksis.

Slike haldningar gjorde leiingsprosessane kompliserte. Mellom anna rådde det ei oppfatning av at dokumentasjon av avvik og bruk av det statlege dokumentasjonsverktøyet IPLOS først og fremst var verkemiddel for å skaffe meir ressursar, ikkje ein metode for å kunne gje tenestene eit betre fundament.

5: *"Dette med IPLOS, å måle pleietyngd og funksjonsnivå opp mot ressursar, sjukepleiarane er spente på utfallet av dette. Kanskje er det håp om å få litt meir ressursar, då vert dei meir engasjerte og lurar på korleis det går".*

Brukarmedverknad og medråderett står sterkt i gjeldande lovverk for helse- og sosialtenestene. Målet er å styrkje tenestemottakarane til å vere meir aktivt deltakande i tenesteutforminga, og å endre haldningane til tenesteytarane, tone ned "maktbruken" og bli meir orientert mot service- og assistentrolla. Bruk av omgrep som "pleie" og "omsorg" er også på veg ut. Brukarstyrt personleg assistanse⁹ er brukarmedverknad på eit høgt plan, men på spørsmål om sjukepleiarane sitt syn på denne ordninga, svarte ein av informantane slik:

5: *"Når sjukepleiarane høyrer nemnt omgrepet brukarstyrt personleg assistanse.... Dei veit litt, men det er ikkje interessant".*

Eg forstod det slik at prosessar var i gang for å kunne auke forståinga for å sjå sine eigne yrkesroller i eit nytt lys i høve til tydelegare presiseringar i statlege styringsdokument om brukarmedverknad, men at sjukepleiarane enno ikkje hadde teke opp tenkjemåten i si yrkesutøving. Eg fekk også ei forståing

⁹ Sosialtjenestelova, § 4-2,a: Ei alternativ organisering av praktisk og personleg hjelp til sterkt funksjonshemma.

av at tenesteleiarane ikkje var bevisste på at sjukepleiarane faktisk skal ha ein kompetanse som gjer dei i stand til å vere aktivt med i både overordna og daglege leiarprosessar i tenesteproduksjonen.

4.3 Sjukepleiefaglege føresetnader for å delta i leiarane sitt administrative arbeid

Begge undersøkingskommunane hadde vore gjennom organisatoriske endringar og omstillings- og nedskjeringsprosessar, med hovudfokus på ein trong økonomi med behov for å redusere utgiftene og stramme inn budsjetttrammene. Leiarane, som må ta ansvar og ta dei upopulære avgjerslene, hadde opplevd å bli stilte i eit negativt lys.

Arbeid med økonomi og administrasjon er tradisjonelt noko som sjukepleiarane ser på som leiarane sitt ansvar. Eg ønskte å få tenesteleiarane sitt syn på om flatare organiseringsmodellar og behov for å delegere avgjerdsmynde nedover i organisasjonen har ført til auka kunnskap og forståing for behovet for styring og struktur. For å få fram informantane sitt syn på desse spørsmåla, stilte eg spørsmål om korleis deira sjukepleiarar såg på rolla si i høve til administrative oppgåver.

Sjukepleiarane si forståing for - og deltaking i - administrative leiaroppgåver

Informantane hadde ulike oppfatningar av sjukepleiarane sitt bidrag til administrative prosessar, avhengig av kva ståstad og ressursar dei hadde som utgangspunkt. Kommune **B** hadde i lengre tid hatt problem med å rekruttere sjukepleiarar, og for den eine informanten frå denne kommunen var det til dømes naudsynt å ta omsyn til grunnleggjande føresetnader og kulturar før ho kunne tenkje på å få støtte til styring og meir overordna oppgåver. På spørsmål om kva haldningar sjukepleiarane i hennar avdeling hadde til administrative oppgåver, svarte ho slik:

7: "Rammesvilkåra har eg heilt bevisst ikkje snakka så mykje om. Den trivselen som trengst for å kunne få til utvikling, er ikkje til stades. Difor snakkar vi ikkje om slikt, heilt bevisst er eg positiv. Det er mykje vi kan få til som ikkje kostar pengar".

For å kunne ha forståing for leiaroppgåver, meinte ho at dei måtte kunne noko om administrasjon og leiing, men sjukepleiarane var ikkje motiverte for å lære dette. Dei hadde feil fokus også på faglege oppgåver, dei tenkte ikkje orden og system der heller. Dei brukte ikkje kunnskapen sin, dei var opptekne av oppgåver som andre yrkesgrupper med fordel kunne utføre, nemleg å stelle. Andre informantar uttrykte følgjande:

8: "Ja, eg trur dei forstår, men samstundes, når det knip og dei vil ha sakene sine gjennom, så har vi diskusjonane, og då trur eg at alle er seg sjølv nærast".

3: "Sjukepleiarane burde ha litt meir bakgrunnskunnskap, kunnskap om målstyring og økonomi, hatt fokus på eit vidare perspektiv. Den leiande funksjonen ein har som sjukepleiar, burde ha vore meir framtrekande i utdanninga, det hadde vore bra for meg".

2: "Vi ser meir samanhengar enn tidlegare. Berre dei to siste åra synest eg det har skjedd endringar".

3: "Rammevilkår er kanskje det dei veit minst om, praktiserer minst, har minst kontakt med i det daglege".

4: "Eg snakkar med sjukepleiarane om det, at dei ikkje berre må sitje der og tykkje at ting er vanskelege, dei må ordne opp i problema sjølve, ta initiativ og ansvar".

På spørsmål om dei sjukepleiarane som hadde teke vidareutdanning hadde fått ei betre heilskapsforståing av tenestene og forståing for leiaroppgåver, uttrykte ein av informantane følgjande:

1: "Ja, det synest eg, for fleire har ein ny horisont opna seg. Dei ser for eksempel betre samspillet mellom første- og andrelinetenesta, og dei er blitt flinkare til å ta seg fram i systema. Dei forstår betre det kommunale systemet, kven som fattar beslutningar, og dei har klarare for seg si eiga rolle i det kommunale systemet".

Informantane vektla litt ulikt verdien av sjukepleiarane si rolle i - og forståing av - administrative leiarprosessar, men alle signaliserte ei viss erkjenning av at alle må forholde seg til styring, administrasjon og økonomiske rammer, og dei såg det i samanheng med den auka kompetansen i organisasjonen.

Systematisk arbeid og planlegging

Ein viktig del av leiaroppgåvene er å byggje opp system for å kunne forvalte og kvalitetssikre alle delprosessar. Leiarane må difor ha kunnskap om systembygging: Økonomiske system, personalforvaltning og faglege system. Det er forventa at leiarane kan tenkje i modellar, utvikle metodar og etablere gode verkty. Sjukepleiarane har i si utdanning også lært slike tilnærmingar. Informantane blei spurde om sjukepleiarane aktiverte denne kunnskapen og var bevisste på å bruke systemtenking og profesjonelle metodar, eller om arbeidet deira var prega av ad hoc-tenking.

4: "Det er kjempeviktig å ha orden og struktur. Det slit vi med, og det er der eg ser at sjukepleiargruppa ikkje er vane med å ha struktur på ein arbeidsdag. Det er utruleg lett at det flyt ut for oss".

Men ho sa vidare at t.d.innføring av avviksregistrering hadde vore med på å etablere meir strukturerte arbeidsmåtar, og gjort dei meir bevisste på ulempene ved raske ad hoc- arbeidsmåtar. Ho hadde difor

omorganisert og samordna heimehjelpstenesta og heimesjukepleia, og sjukepleiarane hadde fått større ansvar for å prioritere og fordele arbeidsoppgåver til heile personalgruppa:

4: *”Det vil absolutt utfordre sjukepleiarane, men eg har heile tida meint at i grunnutdanninga som sjukepleiar så får vi ei administrativ utdanning som vi eigentleg ikkje nyttar. Eg ser for meg at det kan verte ein heilt annan struktur på dagen”.*

Fleire av informantane formidla at dei trudde den tronge økonomien dei seinare åra hadde hatt mykje å seie for den aukande problemfokuseringa og negativismen. Det hadde vore lite rom for å kunne tenkje systematikk og heilskap. Høgt sjukefråvær og mangel på fagfolk hadde også vore tappande element, og det hadde vore umogleg å marknadsføre pleie- og omsorgstenestene som ein god arbeidsplass. Slik kom dei inn i ein vond sirkel.

Arbeidsmåtene i pleie- og omsorgstenestene ber ofte preg av brannsløkking. Bemanninga er lav, krava og oppgåvene er mange. Informantane blei spurde om planlegging, metodar og meir systematikk var eit tema i avdelingane, og om sjukepleiarane tenkte system jamvel om kvardagen var hektisk: Til dømes å halde møte med tenestemottakar, pårørande og fastlege for å kunne få fram viktige synspunkt samstundes frå alle involverte partar, og å plassere ansvar.

6: *”Det gjer vi kanskje ikkje så ofte. Vi tenkjer på det, men det er vanskeleg å få tid til det. For det tek veldig mykje tid. Eg trur dei tenkjer praktisk, organiserer slik at det alltid går opp. Det må skje noko uføresett viss ikkje”.*

På spørsmål om avdelinga hadde etablert ein beredskap ut frå ei systematisk vurdering av behovet til ulike pasientkategoriar, svarte den same informanten slik:

6: *”Nei, det har vi ikkje, og eg veit ikkje om vi ønskjer å gjere det! Eg veit ikkje om vi har nok kunnskap om det - rett og slett. Dersom vi får inn ein dårleg slagpasient, kva treng vi då? Vi kan godt ha eit system på det, men vi må vere konkrete. Men vi har nok eit system på det! Hadde vi sett oss ned og skrive, så hadde det nok vore ut frå praksisen, korleis vi også no gjer det. Men det er avgrensa kor mykje system vi skal lage”.*

Også når det gjaldt desse spørsmåla, trekte informantane fram tidsaspektet som ein av grunnane til at det enno var mykje ustrukturert jobbing. Men mange peika på at det var viktig med orden, struktur og planlegging, og at dei var i gang med å innføre meir systematiske arbeidsmetodar.

Sakshandsaming, prioritering av oppgåver

Sjukepleiarane er viktige i sakshandsamingsprosessane, som er ein del av styringssystemet. For å kunne kartleggje behov og informere brukarane om kommunale tenester, må sakshandsamarar mellom anna kjenne dei lovene som regulerer tenestene, kva deira organisasjonen faktisk kan yte.

I undersøkingskommunane er det sjukepleiarane som føreteik pasientkartlegging og -observasjonar ved søknad om tenester, og dei skal observere, kartleggje og følgje opp behovsendringar. Pleie- og omsorgstenestene skal mellom anna nytte IPLOS for å kunne dokumentere funksjonsnivået på - og behovet til - tenestemottakarane, og desse standardiserte opplysningane skal liggje til grunn for tildeling av tenester og vedtak. På spørsmål om sjukepleiarane har god nok kunnskap om tenester, lovverk og økonomiske rammer til å kunne informere søkjarar om kommunale tenester, og kartleggje og vurdere søkjarane sine behov, svarte ein av tenesteleiarane slik:

5: "Eg trur det er ei felles forståing med leinga. Men det er klart at det er vanskeleg for dei som møter brukarane ute, fordi dei ser ofte at behovet for hjelp er stort, men dei er lojale og møter tenestemottakarane med det som er rimeleg å forvente av offentleg hjelp".

På spørsmål om sjukepleiarane sin formelle kompetanse gjev føresetnader for å kunne gjere daglege prioriteringar ut frå lovverk, retningslinjer og definerte oppgåver i pleie- og omsorgstenestene, hadde ein av informantane dette synet:

7: "Eg trur sjukepleiarane kan noko om det, men dei gløymer det. Fordi det er uvesentleg! Dei skal stelle! Vi burde organisere tenestene slik at sjukepleiarane tok seg av sjukepleiaroppgåver, for å kunne heve kvaliteten. Sjukepleiarane er ikkje flinke til å prioritere sjukepleiaroppgåver. Dei "spør pent" (dei andre yrkesgruppene) om dei kan dele ut medisiner eller stelle sår".

Den same informanten ønskte ei sterkare profesjonalisering av sjukepleiaryrket ved å ta sjukepleiarane ut av sengepostane og innføre ei tilvisingsordning. Ho meinte at utfordringar, større ansvar og tydelege oppgåver fører til fagleg vekst, som igjen fører til meir refleksjon og interesse for faget. Ho meinte at eit heilt anna system måtte til for å få til kvalitet. Ho viste til at utanlandske sjukepleiarar som hadde vore engasjerte i kommunen ikkje ønskte å kome tilbake, mellom anna på grunn av organiseringa av arbeidsoppgåvene med mykje stell og pleie. Dei faglege utfordringane var ikkje store nok.

Kommunane skal ha eit fast system for sakshandsaming, og tenesteytarane skal kjenne til det lovverket som regulerer drifta av tenestene. Kvalitetsforskrifta (2003) er eit viktig dokument for også å kunne prioritere mellom mange daglege gjeremål. På spørsmål om dei ulike avdelingane var bevisste på kva som var definert som grunnleggjande behov, og om dei hadde ei bevisst haldning til ein god praksis for å kunne oppfylle kvalitetsforskrifta, svarte ein av tenesteleiarane slik:

(6): ".....dei er effektive i høve til å gjere ting fort og greitt, og så trur eg at dersom dei har tid, så gir dei seg betre tid. Det er ikkje beste praksis, då måtte vi vere mange fleire. Den beste praksisen er dersom vi kan gå til den same brukaren over tid. At den same sjukepleiaren følgjer opp tiltak, det er den beste praksisen, meiner eg. At vi då har eit apparat som gjer at den neste som kjem kan sjå kva den forrige har tenkt. Dei er vane med å gå ut og gjere det dei har tenkt, og så gjer ein ting litt ulikt".

Eg fekk inntrykk av at sjukepleiarane i alle avdelingane vart trekte inn i sakshandsamingsprosessane og pasientplanlegginga, men at dei ikkje hadde god nok kunnskap om det lovverket som ligg til grunn for tildeling av tenester, og at ikkje all tenesteyting var tufta på eit teoretisk kunnskapsgrunnlag om kva pleie- og omsorgstenesta faktisk skal yte.

4.4 Interne kvalitets- og forbettringsprosessar

Personalet i pleie- og omsorgsavdelingane er på dagtid organisert i fleire grupper. Det er vanleg at gruppene har sjukepleiarar som gruppeleiarar. Men i realiteten er alle sjukepleiarar gruppeansvarlege på sine vakter på grunn av heildøgns drift og mangel på sjukepleiarar. Det er sjeldan meir enn ein sjukepleiar på seinvakter og nattevakter. I det vidare brukar eg difor nemninga sjukepleiar om gruppeleiarfunksjonen.

Undersøkingsskommunane er også organiserte på denne måten, og sjukepleiarane har både andre sjukepleiarar, hjelpepleiarar, omsorgsarbeidarar og assistentar i sine team. For sjukepleiarane føregår fleire prosessar samstundes. Informantane seier at deira sjukepleiarar må utføre direkte pleieoppgåver på lik line med dei andre i teamet, fordi bemanninga er for lav til at sjukepleiarane kan konsentrere seg berre om faglege leiaroppgåver. I realiteten må sjukepleiarane både delta i stell og i tillegg ha oversyn over - og fordele - oppgåver, kontrollere prosedyrar, dokumentere, rapportere og utføre sjukepleieprosedyrar. Mange av oppgåvene er livsviktige, og krev nøyaktigheit og presisjon.

For å få fram korleis tenesteleiarane såg på samarbeidet med sjukepleiarane om å styre og gjennomføre kvalitetsprosessane, stilte eg spørsmål om dei meinte at sjukepleiarane hadde relevant

forbetringskompetanse (jfr. Demings sirkel, kap.2.4), og om leiarane ønskte ein slik kompetanse i eit samspel for å kunne fremje læring og forbetring av tenestene.

3: *"Det hadde vore fint om sjukepleiarane hadde litt meir kunnskap om prosessar og kommunikasjon. Vere litt meir vitskaplege, ha meir kunnskap om å styre mot eit konkret mål. I staden for å tenkje "her og no" på mi vakt – og ferdig med det! Det er lett å tenkje slik, det å sjå lengre fram er ikkje noko som kjem av seg sjølv. Å sjå dei lange linene skal noko til, utan at ein vert "tvinga" til det".*

4: *"Det er i alle fall viktig at sjukepleiarane kan kommunisere, at vi kan snakke i lag om kva vi held på med, kva som er prosessen og kva som er målet. Det er også viktig med kunnskap. Som leiar kan eg ikkje ha den same arbeidsprosessen med dei andre yrkesgruppene, som ikkje har den kunnskapen som sjukepleiarane har. Men ein del oppgåver er nok "brannsløkking" framleis, fordi vi har travle kvar dagar. Det er ikkje så lett då å tenkje målstyring og prosessuelle arbeidsmåtar. Mange dagar er sjukepleiarane frustrerte og fortvila, dei rekk ikkje alt, dei må ta unna det som MÅ gjerast. Det er jo ei utfordring i det yrket dei har, då mange av oppgåvene ikkje kan vente til neste dag".*

5: *"Det er viktig med heilskapleg tenking og vidsyn".*

Eg fekk inntrykk av at informantane ikkje hadde tenkt særleg over ein evt. metodisk samanheng mellom dei reint faglege prosessane og dei administrative og overordna faglege leiingsprosessane. Det som tenesteleiarane formidla av sine eigne eigne og sjukepleiarane sine tilnærmingar, var at dei assososierte omgrepa endrings- og forbetringsprosessar med politiske vedtak, statlege styrings- og endringssignal og overordna administrative prosessar.

3: *"Eg trur ikkje sjukepleiarane har motførestillingar mot å gå inn i slike prosessar, men eg trur dei føler at leiinga skal ordne ut og leggje til rette, men direkte motstand har eg ikkje opplevd. Men kanskje ei litt avventande haldning, at andre bestemmer og dei må endre seg".*

Ein annan informant (**7**) la vekt på at sjukepleiarane måtte få meir tryggleik og sjølvtilit som sjukepleiarar før dei kunne arbeide vidare med t.d. bevisste forbetringsprosessar. Eg forstod henne slik at sjukepleiarane i dag ikkje hadde dei faglege føresetnadene som skulle til for å kunne delta i leiarprosessane. Ho meinte det først måtte stillast strengare krav til sjukepleiarane som faggruppe, dei måtte få oppleve at leiarane forventa noko av dei, hadde tillit til dei og stolte på dei for at dei skulle kunne utvikle seg som sjukepleiarar med heilskapleg ansvar. For henne var ei slik opplæring ein naudsynt grunnlagsprosess, og avgjerande for å kunne få til ei felles forståing for korleis dei kunne kome vidare i eit samspel om kvalitetsutviklingsprosessar.

Ein informant (**4**) la vekt på at den kliniske kunnskapen var viktig både for tenesteleiarar og sjukepleiarar for å kunne vere med og administrere forbetringsprosessar:

”Eg har tru på at sjukepleiarar som KAN praksis også kan administrere. For å kunne yte kvalitetstenester må du kunne faget. Elles så kunne du hatt ein kontorutdanna som leia arbeidet. Du får ikkje tillit som leiar viss ikkje du kan det grunnleggjande kliniske. Det gjeld også gruppeleiarar/sjukepleiarar. Dei kan ikkje ta leiaransvar for oppgåver som dei ikkje meistrar, men som hjelpepleiarar tykkjer er det enklaste i verda!”.

Ein annan informant sa det slik:

8: ”Eg føler vel kanskje at vi kan verte meir aktive når det gjeld forbettringsprosessar. Men det går mykje i bølger. Eg føler at det skulle ha vore meir på det jamne”.

Informanten sa vidare at ho opplevde at å få til kontinuerlege forbettringsprosessar var personavhengig, t.d. korleis den øvste leiinga (rådmann, pleie- og omsorgssjef) var i stand til å formidle nye tankar og idear, om dei greidde å gi organisasjonen eit løft. Men ho opplevde at sjukepleiarane hadde fått ei betre forståing for leiarane sitt arbeid, dei såg at det var fruktbart å vere aktivt med i overordna forbettringsprosessar i staden for å motarbeide noko som vart ”tredd nedover hovudet” på dei. Men sjukepleiarane i hennar avdeling gav uttrykk for at dei følte press frå andre yrkesgrupper om å vere med i det daglege stellet, dei følte at dei gjorde noko ”ulovleg” når dei ønskte å utføre andre oppgåver som eigentleg låg til deira profesjon og funksjon.

Kor gode er så moglegheitene til å bruke og formidle metodar som eit verkemiddel til å kunne arbeide effektivt, ha ei teoretisk forankring til daglege gjeremål og såleis opparbeide ein fagleg autoritet som sjukepleiar? På spørsmål om sjukepleiarane brukte metodar, verkty og teknikkar i det daglege arbeidet, altså om dei hadde ei bevisst og kritisk haldning til kvalitets- og forbettringsarbeid, om dei hadde etablert gode system å arbeide ut frå, svarte informantane mellom anna slik:

2: ”Eg veit ikkje om dei er bevisste på det. Eg har aldri spurt dei. Eg er for lite i deira daglege virke til både å sjå, observere og fange opp om dei evt. ikkje er det, men eg håpar at dei er bevisste på det. Men eg skulle kanskje ha spurt dei”.

3: ”Kvalitetsarbeid har vi fått opplæring i, men det er ikkje blitt prioritert i det daglege strevet”.

Fleire av informantane sa at dei likevel hadde merka ei viss interesse for å skape ein meir analyserande kultur, at sjukepleiarane var blitt flinkare til å tematisere problem, abstrahere og løfte problemstillingane opp frå konkrete hendingar og frustrasjonar. Informantane meinte at ei slik akademisk tilnærming var ein viktig føresetnad for å kunne få til eit reelt samspel om leiing og styring.

Kommunikasjon og prosessuelle arbeidsmåtar

Mange arbeidsprosessar føregår parallelt, og tradisjonelt har avdelingane i pleie- og omsorgstenestene fleire fora og møteplassar, med faste rutinar for rapportar, gruppemøte og avdelingsmøte. Dei har difor fleire arenaer og moglegheiter for målretta kommunikasjon. Men er dei bevisste på at desse treffpunktane kan vere nyttige møtepunkt for evaluering, læring og forbetring, og utnyttar dei moglegheitene som ligg i den møtestrukturen dei har?

Alle informantane gav uttrykk for at tidsrammene til sjukepleiarane ikkje gav rom for å gjere så mykje meir enn å utføre dei mest naudsynte praktiske oppgåvene. Det var lite tid til faglege diskusjonar og refleksjon. Samstundes kunne informantane gjennom intervjuet beskrive tiltak i avdelingane som heilt klart var endrings- og forbetningsfokuserte: Meir strukturerte avdelingsmøte, arbeid med å dokumentere og følgje opp avvik, og nokre av avdelingane hadde rettleiingsgrupper som metode for læring og utvikling. Ein av informantane hadde dette å seie om t.d. rapporteringssystemet, som i utgangspunktet skal vere presist og strukturert:

4: *”Det har så lett for å flyte ut i berre prat. Eg hugsar rapportar for nokre år sidan – som enda i all verdens forteljingar”.*

Men ho sa vidare at leiinga no var oppteken av å etablere ein meir strukturert kommunikasjon i rapporteringa, og at sjukepleiarane var blitt mykje meir bevisste på å kvalitetssikre rapportar ved å bruke strukturerte kommunikasjonsteknikkar med kontrollspørsmål. Informantane nemnde fleire slike døme på innskjerpingar og endringar, men det verka som om dei ikkje tenkte over at også desse ”små” endringane truleg var eit resultat av ei skarpare fokusering på kvalitet og krav til forbetringar. Gjennom intervjuet kom det fram at både informantane og sjukepleiarane var meir vane med å tenkje forbetring ut frå overordna prosjekt - initierte av leiinga. Det verka ikkje som om dei var så bevisste på prosessuelle endringar og læremåtar i den daglege drifta.

Ein av kommunane hadde leigd inn ekstern konsulenthjelp i eit omstillingsprosjekt. På spørsmål om sjukepleiarane hadde opplevd denne omstillinga også som ein lære- og bevisstgjeringsprosess med intensjonar og tenkjemåtar som kunne vere retningsgjevande for vidare interne forbetningsprosessar, svarte ein av informantane:

3: *”Dersom eg skal ta eit snitt på sjukepleiarane, så trur eg ikkje at dei var så bevisste på det, andre enn t.d. tillitsvalde som blei direkte involverte i prosessen. Eg trur at dei føler at leiinga skal ordne ut og legge til rette. Dei har ei litt avventande haldning, som t.d. at ”dei som*

bestemmer, skal få bestemme, og så får vi endre oss". Eg tykkjer dei er positive, men nokon må seie til dei korleis det skal vere".

På spørsmål om sjukepleiarane var kritiske til sin eigen, daglege praksis, og om dei tok initiativ til diskusjonar og refleksjonar om aktuelle tema, svarte informantane:

2: *"Eg meiner heilt bestemt at det er veldig avhengig av leiar. Er leiar reflektert og bevisst i ein slik måte å tenkje på, så trur eg at du kan overføre og vidareføre det til dine medarbeidarar - måten å tenkje på: Vere problemløysande i staden for problemfokusert. Eg opplever at rettleiingsutdanninga har gjort meg bevisst på dei teknikkane eller metodane du kan bruke i samspel, dialog eller kva du skal kalle det i høve til leiarar og medarbeidarar".*
7: *Som leiar synest eg refleksjon er noko av det viktigaste. Men sjukepleiarane har ikkje lyst til det. Så nokre gongar provoserer eg dei - seier det motsette av det eg meiner. Eg brukar ironi heilt bevisst. Det får dei til å tenkje. Men når vi har diskusjonar/refleksjonar, så oppfattar sjukepleiarane det ofte som kritikk."*

Den eine kommunen hadde god erfaring med rettleiingsgrupper som eit verkemiddel for læring og utvikling, men det var ikkje systematisk organisert, metoden vart mest nytta i omstillingsprosessar. Men dei ønskte å få til ei fast ordning, og hadde tru på denne forma for opplæring, felles forståing og haldningsskaping. Kommunane er pliktige til å ha eit system for internkontroll (Internkontrollforskrifta, 2001), og eit viktig verkty i internkontrollarbeidet er ei systematisk avviksregistrering. Avviksregistreringane er ikkje berre eit kontrollsystem og eit verkty for leiinga i kvalitetsarbeidet, dei kan også nyttast som ein reiskap for alle i personalgruppa til å bevisstgjere og lære personalet opp til å forstå einskildhendingar i ein kontekst og eit vidare perspektiv. Difor fekk informantane spørsmål om dei dokumenterte avvik og uønskte hendingar i sine avdelingar, og evt. nytta dokumentasjonen som pedagogisk verkty i forbetningsarbeidet i avdelingane.

Alle informantane var bevisste på at internkontroll var lovpålagt, men ingen hadde enno innført ei systematisk registrering på alle tenestoområda. Dei var komne lengst når det gjaldt kontroll av medikamenthandtering.

7: *"Eg har kontrollert medisin nokre få gongar når det ikkje har vore andre sjukepleiarar på vakt. Det har alltid vore store feil. Det gjer meg redd. Vi registrerer av og til andre avvik, men har ikkje brukt dei til noko. Dette er noko vi er veldig bevisste på, fordi avvik er ein viktig del av lærings- og endringsprosessar, og vi skal no ta tak i dette".*

1: *"Ja, vi dokumenterer avvik. Dei vert registrerte i eit standardskjema. Om dei er ein del av vårt utviklingsarbeid, er eg usikker på. Vi veit at vi bør vere bevisste, men om vi er det, er eg usikker på. Eg trur at vi brukar metodane, men vi er ikkje bevisste nok".*

På spørsmål om sjukepleiarane hadde for lite kunnskap om prosessar og metodar for å forbetre sin eigen praksis, svarte ein av informantane (**8**) at det kunne ha vore betre, men samstundes var det noko

leiinga måtte ta tak i og ha kontinuerleg fokus på. Alt i alt verka det som om informantane var meir orienterte mot prosjekt som arbeidsmåte enn å ha eit prosessuelt perspektiv på arbeidsoppgåvene.

4.5 Strategiar for endring og fornying

Informantane i begge kommunane fekk spørsmål om kva konkrete strategiprosessar dei hadde gjennomført, korleis dei hadde gjennomført prosessane og kva erfaringar dei hadde gjort. Kommune A hadde leigd inn eksterne konsulentar for å drive gjennom ein omorganiseringsprosess. Målet var å redusere driftsramma med over ein million kroner og å få til ei betre samordning og meir effektive tenester med god kvalitet. Dei hadde utarbeidd handlingsplanar med milepælsdatoar og plassering av ansvar, og leiinga hadde med seg dei tillitsvalde i prosessane.

2: *"Det var ein bevisstgjeringsprosess, både for politikarar og alle einingane innfor pleie og omsorg. For kommunen har det vore fruktbart, evalueringa var viktig og naudsynt".*

1: *"Strategien går på at vi skal bli meir effektive, samordne ressursane våre betre og spare pengar. For 2006 er det sett opp ein god del mål, og det er ikkje berre det økonomiske som driv oss. Det er mange små strategiar som ligg i ein stor strategi".*

3: *"Proessen legg vekt på å knyte tenestene meir direkte opp mot lovverket, yte det som er lovpålagt, og effektivisere ved å slutte å yte tenester meir og mindre automatisk, utan å tenkje på kva som er lovpålagt og føremålstenleg".*

Ein viktig del av strategien var ei kompetanseheving i form av ei formell utdanning, mellom anna ved å gje dei ufaglærte høve til å ta fagbrev, og å skulere gruppeleiarane på alle nivå, det vil seie satse på kompetanseheving for å kunne yte gode tenester med færre tilsette. Målet var også å modernisere og forenkle dokumentasjonssystemet ved innføring av datateknologi. Dei hadde god erfaring med ekstern hjelp til prosjektet, fordi dei følte at dei sjølve hadde snudd alle steinar. Samstundes opplevde nokre at effektiviseringa hadde mest å seie for heimetenestene, det var der det var mest å hente ved t.d. å samordne tenestene.

3: *"Eg har litt problem med å knyte ei effektivisering til det vi gjer på sjukeheimen. T.d. tenester ut frå kvalitetsforskrifta. Eg kan ikkje sjå at vi kan effektivisere ved å gjere færre ting enn det vi gjer, vi har lenge gjort berre det som er naudsynt. T.d. aktivitetar og det sosiale, det er fråverande".*

Informantane i kommune A meinte at prosjektet hadde bidrege til sterkare samkjensle og engasjement, noko dei trong når nye tenkjemåtar og tiltak skulle innførast.

Kommune B var også inne i fornyingsprosessar i form av drøftingar om visjonar og verdier som skulle ligge til grunn for tenesteytinga i kommunen. Dei skulle utarbeide ei "verdibok", som alle avdelingar og tilsette skulle ha eit eigarforhold til og kunne kjenne seg att i. Målet var at prosessen

skulle føre til ei sterkare bevisstgjerings i personalgruppa, t.d. om brukarane sine behov, rettar og medverknad. Eitt konkret tiltak som dei skulle gjennomføre med utgangspunkt i ei sterkare fokusering på større nærleik til pasientane og at dei skulle få auka medråderett, var å organisere pleie- og omsorgstenestene i mindre grupper, slik at tenestemottakarane fekk færre medpasientar og personell å forholde seg til.

8: *"Vi har vel ikkje noko nedskrive mål, men vi jobbar heile tida for at dei som bur her skal få det betre og oppleve at dei blir verdsette og skal få ein betre kvardag her".*

6: *"Det er litt abstrakt. Vi må tenkje litt. Vi ramlar fort inn i diskusjonar om konkrete tilhøve".*

7: *"Ein av strategiane er å få personalet til å forstå at dei har det godt, ikkje hengje seg opp i at dei "har det så forferdeleg"".*

Informantane i kommune **B** meinte det var viktig at heile personalgruppa var med i slike diskusjonar. Det var noko nytt at alle vart tekne med. I den grad det tidlegare hadde vore slike diskusjonar, så hadde dei lege på leiarnivået, t.d. ved utarbeiding av kommuneplan og temaplanar. Med bakgrunn i dei synspunkta informantane har på desse spørsmåla, forstår eg det slik at informantane si oppfatning av forbetring og fornying enno var knytte til større prosjekt. Det nye var at dei trekte inn heile personalgruppa i prosessar om abstrakte tema som verdiar, etikk og liknande.

Rom for strategisk tenking

Alle informantane formidla at sjukepleiarane hadde ein hektisk kvardag, og at dei fleste var opptekne av konkrete gjeremål. Men spørsmålet er om leiinga ser det som viktig å ta sjukepleiarane med i overordna diskusjonar og framtidsplanar, og i kva grad leiarane ønskjer å bli utfordra på spørsmål og tema som tradisjonelt har lege til leiarnivået. I dag har alle tilsette godt høve til å følgje den nasjonale helsedebatten og å skaffe seg informasjon om utgreiingar, planar og vedtak. Men i kva grad dreg leiinga synspunkt frå den nasjonale debatten inn i lokale diskusjonar? Og har sjukepleiarane kjennskap til rådande politikk, vert dei påverka av viktige statlege strategiar, og koplar dei aktuelle tema til sin kvardag og sine meiningar og daglege praksis?

2: *"Eg meiner vi har tid, men det handlar om prioritering. Det å ikkje ta slike diskusjonar veit vi er uheldig, fordi vi før eller seinare må ta desse debattane".*

3: *"Haldningar til å setje av tid – det har skjedd endringar, men mest i samband med prosjekt. Dette med møtetid, kurs, opplæring, vi føler at vi brukar tid som eigentleg burde ha vorte brukt til pasientane. Det tek nok litt tid før vi skjønner at å setje av tid til strategiske diskusjonar også er ei klok investering".*

Ein av informantane (4) meinte at det var vanskeleg å forholde seg til det politiske systemet, det var så lite føreseieleg, og difor var det vanskeleg å tenkje i lange liner inn i framtida. Det var like mykje forvirring og kaos som oversyn. Ho opplevde at det vart sett i gang fleire kvalitetsutviklingsprosessar, også initierte av staten, men det var vanskeleg å ”hente dei ned” i prioritert rekkefølge, fordi dei økonomiske rammene var så usikre. På spørsmål om det likevel var mogleg å halde ”ein raud tråd” i arbeidet, svarte ho:

”Eg trur eg greier det til dels, men det er på grunn av at eg kuttar ut visse ting. Eg tek dei nesten ikkje inn, fordi eg er nøydd til å ha fokus på at det vi er nøydde til å gjere i det daglege, må fungere. Av og til tenkjer eg slik at eg berre må” stengje av” for å få den daglege drifta til å flyte”.

8: *”Eg trur eg skal få betre tid til kvalitetsutviklingsprosessar no, når sjukepleiarane har fått eit større fagleg ansvar”.*

Informant 8 sikta her til ei klarare ansvarsfordeling etter omstillingsprosessane, og eit skarpere fokus på kvalitet og forbetningsarbeid. Ho meinte også at det var viktig for henne som leiar i det vidare å vere ein god rollemodell for sjukepleiarane i det å tenkje prinsipielt og abstrakt, for å kunne heve nivået på den daglege kommunikasjonen. Men dei fleste informantane meinte at dei var i ei tidsklemme, og at det var vanskeleg å informere om og følgje opp alle statlege direktiv.

Nyskappings- og forbetningskompetanse

Eg har tidlegare vist til at tenesteleiarane opplever store utfordringar når det gjeld å formidle innhaldet i sentrale styringsdokument til personalgruppa. Grunnen er i hovudsak knappe tidsressursar. Informantane seier at det er få sjukepleiarar som utfordrar dei i nye tenkjemåtar, som stiller kritiske spørsmål og som har kreative utspel når det gjeld overordna spørsmål. Informantane blei spurde om kva dei tenkte om behovet for sjukepleiefagleg kompetanse i eit strategisk leiingsperspektiv, og kva eigenskapar dei hadde observert hos dei sjukepleiarane som dei som leiarar kunne spele på i høve til forbetring, endring og fornying av tenestene.

7: *”Det er ingen sjukepleiarar her som har dei rette eigenskapane, rett og slett fordi dei ikkje arbeider målretta med sjukepleiaroppgåver. Eigenskapane ligg latent hos nokre, men dei er ikkje blitt aktiverte. Eg håpar det er ein prosess, at det kan utviklast. Det er eit ønske at dei kan sjå seg sjølv i ein større samanheng, men det er ein lang prosess”.*

1: *”Eg treng den som er fagleg flink for at eg skal kunne vere trygg i min jobb, ein som er klinisk dyktig. Dei ber mykje av tenesta, men eg treng også den som stiller spørsmål ved om det eg gjer er godt nok. Ein som trakk meg litt på tærne, slik at eg må skjerpe meg”.*

Fornyings- og forbetningskompetanse var elles ikkje noko informantkommunane etterspurde i intervju ved rekruttering av nye sjukepleiarar. Dei hadde til no lagt vekt på klinisk kunnskap og erfaring. Dei

hadde også berre lagt vekt på klinisk kompetanse og spisskompetanse i sine kompetanse- og opplæringsplanar. Dei ønskte at sjukepleiarane skulle ha ein allsidig kunnskap, men relaterte den til ”å tenkje heilskap”. At sjukepleiarane skulle vere aktivt med i strategiske leiings- og forbettringsprosessar, var ein av informantane skeptisk til:

1: *”Eg tenkjer”: Jo fleire kokkar, jo meir søl”. Eg trur at alle har ei formeining om kva leiing er. Leiing er eit fagområde som du må ha interesse for og ønske å utøve. Og så treng vi dei som er vanlege sjukepleiarar, for å bruke det omgrepet”.*

Og på spørsmål om informantane meinte at dei kunne forvente forbettrings- og fornyingskompetanse hos sjukepleiarane, svarte ein av informantane slik:

2: *”Eg trur ikkje dei har med seg denne kunnskapen frå grunnutdanninga. Dei tenkjer litt snevert. Dei tenkjer primært innafor eit visst fagområde, og så tenkjer dei ikkje heilskap. Som leiar brukar eg heller ikkje omgrep som ”visjon” og ”forbetring” i mitt daglege virke. Det er utfordrande i ein slik setting som vi er i no at eg må tenkje over kva som ligg i omgrepa”.*

Informantane blei spurde om kva dei meinte om kompetansen til den framtidige sjukepleiaren i pleie- og omsorgstenestene, kva eigenskapar som blei viktige i dei framtidige endringsprosessane og overgangen til meir brukarstyrte tenester.

8: *”Det er viktig at ho lever med i utviklinga og ser pasienten i samanheng med det samfunnet vi bur i. Vi merkar at det vert stilt stadig større krav frå t.d. pårørande”.*

1: *”Det er lettare å gjennomføre endringar når alle skjønar at dei sit i same båt og ser kva veg vi skal, at alle skjønar at vi ikkje er ein statisk organisasjon”.*

7: *”Å ha organisatorisk kompetanse medfører eit ansvar - og faglegheit. Ansvar gir arbeidsglede, og arbeidsglede fører til trivsel. Trivsel er noko av det viktigaste på ein arbeidsplass”.*

Informantane uttrykte seg på ulike måtar, men eg tolka dei slik at ingen av dei forventa at sjukepleiarane skulle vere med i strategiske prosessar, og dei var difor ikkje særleg bevisste på å etterspørje eller aktivere ein slik fornyingskompetanse hos sjukepleiarane i sine leiarprosessar.

4.6 Oppsummering av funn

Begge undersøkingskommunane hadde dei siste to, tre åra vore gjennom omstillings- og effektiviseringsprosessar, først og fremst med fokus på økonomi og innsparing, men også på samordning, kompetanseheving og kvalitet. Alle avdelingane hadde låg grunnbemanning, og dei måtte prioritere direkte hjelp og pleie. Begge kommunane hadde gjort organiseringsendringar for å kunne nytte sjukepleiarkompetansen på ein betre måte. Informantane meinte at den statlege satsinga på kvalitet på tenestene hadde ført til ei auka bevisstgjerings både hos politikarar, leiarar og

tenesteytarar i pleie- og omsorgstenestene. I begge kommunane hadde brukarundersøkingar ført til meir fokus på brukarmedverknad.

Produsentfunksjonen

Alle informantane opplevde at det var vanskeleg å oppfylle statlege styresmakter sine aukande krav og forventningar. Men dei var opptekne av å betre kvaliteten på tenestene, og knytte omgrepet ”kvalitetstenester” mest opp mot klinisk kunnskap og den direkte tenesteytinga - møtet mellom tenesteytar og tenestemottakar. Men ingen hadde tenkt grundig gjennom kva dei - eller deira avdeling - la i omgrepet, og dei trudde ikkje at sjukepleiarane hadde omfattande kjennskap til statlege strategiar og mål for tenestene. Dei opplevde at interessa hos sjukepleiarane for å vere med på å utvikle tenestene varierte. Haldningane var avventande, og kravmentaliteten til leiing og politikarar var meir framtrudande enn engasjementet til å vere med på å forme og utvikle tenestene. Dette gjorde det komplisert å leie og gjennomføre omstillings- og endringsprosessar. Eg forstod det også slik at informantane ikkje var særleg bevisste på den kompetansen i organisasjon og leiing som sjukepleiarane gjennom grunnutdanninga faktisk skal ha tileigna seg. Dei la meir vekt på at sjukepleiarane måtte vere klinisk flinke, men brukte omgrep som heilskapstenking og samhandling når dei skulle beskrive kva kompetanse dei såg som viktig for å kunne produsere kvalitetstenester. Alle informantane gav uttrykk for at det var vanskeleg å gjennomføre statlege direktiv og pålegg. Tida strakk ikkje til, og dei følte at dei alltid ”hang etter” med utviklinga av tenestene, medan politikarane var mest opptekne av om dei heldt budsjetttrammene. Men alle hadde ei oppfatning av at dei arbeidde aktivt med kvalitetsforbetring, og dei hadde tru på brukarundersøkingar som eit tenleg verkty i forbetningsarbeidet.

Administratorfunksjonen

Informantane beskreiv ein kvardag med skarpt fokus på økonomi, og dei opplevde at sjukepleiarane meinte det var umogleg å yte gode tenester under så dårlege økonomiske vilkår. Dei tilsette brukte mykje tid på å klage over låg ressurstilgang. Informantane hadde litt ulik oppleving av moglegheitene for å kunne støtte seg på sjukepleiarane i administrative spørsmål, som t.d. å arbeide metodisk og byggje gode styringssystem. Nokre avdelingar strevde med dårleg personelltilgang og arbeidsmiljø, og sviktande fagleg kontinuitet. Dei måtte difor først arbeide med grunnleggjande miljøfaktorar som trivsel og motivasjon. Andre hadde opplevd at personalet fekk meir positive haldningar til systembygging og administrative spørsmål etter at dei hadde gjennomført tilleggsutdanning. Alle

meinte det var viktig med orden og struktur, men uttrykte at sjukepleiarkulturen er kaotisk, utflytande og prega av ”brannsløkking” og ad hoc- arbeidsmåtar. Grunngevinga var i hovudsak tidspress, dårleg økonomi og stress. I begge kommunane var dei i ferd med å betre strukturen på møtegjennomføring. Begge kommunane hadde innført ny datateknologi, og informantane meinte at dette verktøyet kunne vere med på å strukturere arbeidsprosessane, som t.d. å kartleggje tenestemottakarane sine behov og såleis skape eit betre grunnlag for sakshandsaming og meir effektive tenester. Men dei formidla også at sjukepleiarane som sakshandsamarar ikkje hadde gode nok kontekstuelle kunnskapar til å kunne prioritere tiltak i samsvar med lovverk og kommunale føresetnader.

Integratorfunksjonen

Informantane formidla at det var lite rom for prosessuelle arbeidsmåtar, og at sjukepleiarane heller ikkje hadde tradisjon for å tenkje metodisk og systematisk utanom i kliniske og pleiemessige prosedyrar. Arbeidsmåtene som gjaldt utviklingssarbeid, var prosjektorienterte. Informantane gav uttrykk for at sjukepleiarane hadde vanskar med å sjå samanhengen mellom overordna leiaroppgåver og -prosessar og sjukepleiarane sitt ansvar for forbetningsarbeid i det daglege. Ingen av informantane brukte t.d. avviksmeldingar som eit forbetningsverktøy på alle fagområde. Dei ønskte å få det til, men tidsaspektet vart framheva også her. Samstundes som dei sa at dei ikkje hadde greidd å få i gang systematiske kvalitetsutviklingsprosessar, formidla dei at det var stor aktivitet i avdelingane for å forbetre rutineane, men tiltaka var lite heilskaplege. Eg oppfatta det slik at informantane og sjukepleiarane var lite bevisste på måla med prosjekta, om dei t.d. var knytte opp mot ei heilskapstenking i kvalitetsutviklingsarbeidet.

Entreprenørfunksjonen

Informantane var lite vane med å trekkje sjukepleiarane med i å diskusjonar om visjonar og strategiar. Slike ordskifte og ansvar hadde tradisjonelt lege til leiarnivået, og var mest aktuelt i tilknytning til kommune- og temaplanprosessar. Men det skjedde endringar også på dette området: Personalet vart meir enn tidlegare teke med i planlegging av omstillings- og forbetningsarbeid. Informantane sa at dei måtte velje ut dei viktigaste endringane, dei greidde rett og slett ikkje å ta inn over seg og gjennomføre alt dei vart pålagde. Men dei var bevisste på at å setje av tid til refleksjon og diskusjonar om aktuelle, framtidsretta tema kunne danne grunnlaget for betre tenester. Elles formidla informantane at det varierte sterkt korleis sjukepleiarane engasjerte seg i overordna leiarspørsmål, og sjukepleiarane utfordra dei sjeldan til å drøfte strategiske spørsmål, t.d. med utgangspunkt i aktuelle samfunnsdebattar.

5.0 Omfattande sentral satsing på kvalitet – moglegheiter for sjukepleiefagleg oppfølging?

I dette kapittelet drøftar eg funna i lys av den teoretiske ramma for studien. Drøftinga har eg delt inn i fire underkategoriar, som følgjer drøftingsmodellen i kap. 2.5. Modellen illustrerer enkelte aspekt ved kvalitet og sjukepleiarkompetanse i dei fire leiarfunksjonane PAIE. Drøftinga skal gi svar på forskningsspørsmålet mitt: Kva sjukepleiefagleg kompetanse trengst for å kunne leie, utvikle og yte kvalitetstenester i pleie og omsorg i ei endringstid?

5.1 Produsentfunksjonen (P), sjukepleiarkompetanse og kvalitet

Dei ytre rammene for tenesteproduksjonen har endra seg mykje dei siste ti, femten åra. Tenestene er blitt meir marknadsorienterte, teknologien er meir avansert, nye pasientgrupper kjem til, eldrebølgja byggjer seg opp, brukarane sine rettar er klarare fastslegne i lover og forskrifter, og tenestetilbodet skal individualiserast.

Leiarane skal vise til resultat, og dei skal kunne halde tidsfristar og meistre stress. Dei skal motivere, leggje planar og setje opp mål for verksemda (Strand 2001). Begge undersøkingskommunane hadde tydeleg merka endringar og at nye krav blei stilte, og dei hadde omorganisert og samordna tenestene for å kunne drive meir effektivt og billeg. Men informantane formidla at oppgåvene var minst like omfattande som før, personellressursane endå knappare, samstundes som staten innførte strengare krav til kvalitet og dokumentasjon. Tenesteleiarane gav uttrykk for at dei opplevde dette som vanskeleg. Dei greidde ikkje å ta inn over seg alle krav til endringar i statlege strategiar og føresegner, og måtte velje vekk eller utsetje overordna oppgåver for å kunne meistre dei daglege utfordringane med den direkte tenesteytinga. Kommunane hadde heller ikkje drøfta kva som skulle vere nivået på tenestekvaliteten i deira kommunar, korkje politisk eller i avdelingane. Men funn tyder på at informantane hadde fokus på tenesteutviklinga, og dei meinte at den direkte tenesteytinga var god. Informantane orienterte t.d. om eit tettare samarbeid mellom tenesteeiningane etter ei samordning av den direkte tenesteytinga, og brukarundersøkingar viste positive resultat. Samordninga av tenestene var eit viktig forbetringstiltak, og målingar stadfesta ein ”brukaropplevd kvalitet”.

Funna tyder på at det er store forventningar til pleie- og omsorgstenestene. Sentrale styresmakter krev kvalitet, og lokale styresmakter etterspør rimelege tenester. Men funna tyder også på at det ikkje vert arbeid systematisk nok med å fastsetje eit forsvarleg og samstundes rimeleg og realistisk nivå på

tenestene i undersøkingskommunane, noko som Øgar og Hovland (2004) seier er ein viktig del av kvalitetsarbeidet, då befolkninga sine forventningar ofte ikkje samsvarar med kva kommunane faktisk er i stand til å tilby.

Dei ovannemnde initiativa kan tyde på at fleire utviklingsprosjekt er i gang, men at t.d. omorganiseringsprosjekt initiert ut frå økonomiske behov kan ha teke bort fokuset på andre typar utviklingsprosjekt. Informantane var bevisste på dette, og sa at dei også såg positive, faglege bieffektar av dei økonomiske rasjonaliseringstiltaka.

Kvalitetsmål for tenestene og det å etablere heilskaplege kvalitetssystem, var ikkje fastlagde, men informantane formulerte det slik at ”*dei arbeidde for at brukarane skulle få det betre*”. Dette er i tråd med Strand (2001), som seier at det er rimeleg å oppfatte organisasjonar som produserande og måloppfyllyande mekanismar som inngår i eit forhold til omverda, og dei må vise til resultat. Men ikkje alle organisasjonar har klare mål, og det er heller ikkje alltid avklart korleis organisasjonen skal nå måla. Funna tyder på at politikarane er opptekne av måla for den økonomiske delen av drifta, og at det ikkje vert teke omsyn til kvalitetsmål ved økonomisk planlegging og avgjersler. Informantane hadde heller ikkje arbeidd systematisk og målretta i sine avdelingar. Dette kan vere eit teikn på at intensjonar i overordna styringsdokument er vanskelege å følge i praksis.

Informantane var klare over at det å velje vekk refleksjon og prinsipielle diskusjonar om kva retning dei burde eller skulle gå, var ei dårleg ”*investering*”. Å velje vekk slike oppgåver er ikkje i tråd med dei forventningane til tenestene som ligg i kvalitetsutviklingsstrategiane. Det tydde heller ikkje på at sjukepleiarane var bevisste på at dei hadde to jobbar, slik Øgar (2006) påstår: Nemleg den *vanlege* jobben og jobben med å *forbetre* jobben, for kontinuerleg å kunne forbetre tenesteytinga og resultata. Informantane si formidling av at det var eit sprik mellom korleis dei ønskte å arbeide og realitetane, korleis dei måtte velje vekk viktige, overordna arbeidsoppgåver, tyder på at rammevilkåra i organisasjonane er for dårlege til å kunne utføre begge ”*jobbane*”. Dette er i tråd med funn i Kyrkjebø (2004) si undersøking: Sjukepleiarstudentar opplever mangel på forbeistringkunnskap i praksisfeltet. Dei opplever eit gap mellom det dei lærer om pasientomsorg og forbeistring, og det dei ser i klinisk praksis. Det var ikkje vanleg i praksisfeltet å oppfatte helseomsorg som ein prosess, og studentane opplevde at det t.d. ikkje var vanleg å bruke metodar og måleinstrument som verktøy for forbeistring.

Men alt i alt oppfatta eg informantane slik at dei var opptekne av å betre tenestene, men dei sa sjølve at det var uvant og utfordrande å bruke omgrep som forbettingsprosessar, prosessuell tenking, visjonar og strategiar. Dei uttrykte seg meir pragmatisk i si tilnærming, og dei sa at dei likte å bruke vanlege og folkelege ord. Øgar og Hovland (2004) trekkjer også fram at det råder ei omgrepsforvirring når det gjeld kvalitet og kvalitetsutvikling, og at den uklare forståinga av omgrepa er til hinder for ein meningsfull dialog og eit konstruktivt kvalitetsarbeid. Funna viser at språkbruk og definisjonar av omgrep heller ikkje er avklara i undersøkingskommunane. Informantane knytte i hovudsak kvalitetsomgrepet til den kliniske kompetansen til personalet og kjerneoppgåva i tenestene, ikkje til støtteprosessane, som byggjer opp under det kliniske arbeidet. Dette kan tyde på at måten statlege styresmakter presenterer endringar og forbettingskrav på, er uheldig og lite pedagogisk, men også at slike omgrep frå organisasjonsteorien ikkje er vanlege i sjukepleia.

Leiarane uttalte seg også om samspelet mellom seg og sjukepleiarane om dei krava som blei stilte i høve til tunge produksjonsoppgåver. Eg oppfatta utsegnene til informantane slik at dei opplevde leiaroppgåvene som svært krevjande, og at dei fekk lita forståing frå sjukepleiarane for at leiarane måtte forholde seg til statlege føresegner og lokalpolitiske vedtak og avgjersler. Dei formidla at sjukepleiarane sin kompetanse og interesse for å delta i t.d. omstillings- og rasjonaliseringsprosessar var relativt liten, og dei trudde at sjukepleiarane såg på det å yte god pleie som det viktigaste. Dei trudde også at sjukepleiarane kanskje ikkje greidde å ta til seg ”*alt det nye*”, då dei måtte ”*bere*” mykje av den direkte tenesteytinga. Ein av informantane sa at det var viktig at sjukepleiarane tileigna seg ei profesjonell holdning som kliniske sjukepleiarar. Ei slik holdning var ein føresetnad for å kunne gå inn i eit samspel med tenesteleiarane om kvalitetsutviklingsarbeidet. Tenkjemåtane var i dag fastgrodde, meinte ho, og ei holdningsendring måtte til for å kunne få til ei bevisstgjeringsprosess om kompetanse. På dette grunnlaget kan det tenkjast at det i nokre avdelingar er behov for grunnleggjande bevisstgjeringsprosessar før det er mogleg å starte på dei prosessane som statlege styresmakter trur kommunane er klare for i dag. Om dette seier Jakobsen (2005) at for å kunne ha makt og kontroll må sjukepleiarane vere trygge på identiteten sin, og sjukepleiarentitet er først og fremst knytt opp mot at sjukepleiaren har ein type kompetanse som samfunnet og pasientane har bruk for. Dette, saman med intensjonane bak filosofien om ”total kvalitetsleiing”, som ligg til grunn for nyare statlege strategidokument, viser at det er det ein lang veg å gå før det er mogleg å få til ei eit samspel mellom leiing, tenesteutøvar og brukar, og at alle tenesteeiningar og tverrfunksjonelle arbeidsgrupper deltek i forbettingsarbeid og tenesteutvikling (Stensaasen, 1996). Slik eg ser det, fortel dette klart at rammevilkåra er for dårlege og må styrkjast, både når det gjeld opplæring og ressursar til personellauke.

Også andre funn understøttar kompetansebehovet. Informantane formidla at dei ikkje trudde sjukepleiarane hadde god nok kunnskap om relevant lovverk. For at sjukepleietenesta skal kunne *”utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig”*, slik Helsepersonell-lova krev, må sjukepleiarane vere i stand til å vurdere og ta konsekvensane av lovkravet, seier Jakobsen (2005). Funna mine tyder på at sjukepleiarane ikkje er bevisste nok på at ei klinisk teneste også må tuftast på ei kontekstuell innsikt om den skal bli forsvarleg og omsorgsfull.

5.2 Administratorfunksjonen (A), sjukepleiarkompetanse og kvalitet

Eit viktig motiv for å organisere pleie- og omsorgstenestene i resultatstyrte einingar er at tenesteleiaren skal ha eit heilskapleg ansvar for drifta. Administrative oppgåver er viktige støttefunksjonar i tenesteproduksjonen. Arbeidet med t.d. budsjettering og bemanningsplanar er detalj- og presisjonsorientert og krev store tidsressursar, men er fundamentet i den døgntkontinuerlege drifta. Administrativ orden, struktur og gode system også elles er grunnleggjande føresetnader for å kunne drive tenestene på ein forsvarleg måte. Informantane formidla at dei brukte mykje tid på t.d. turnusplanlegging, sjukefråvær og rekruttering av vikarar. Strand (2004) kallar leiararrollene i denne leiarfunksjonen for *”overvåkeren”* og *”koordinatoren”*, og han seier at administrasjon handlar om å drive, endre og utvikle system som verkar åtferdsregulerande. Omgrepet kontroll, og det å kunne vurdere om systema er føremålstenlege, er viktig i denne samanhengen.

Som eg har vist i kap.5.1, har undersøkingskommunane ikkje arbeidd systematisk ut frå målsetjingar, med unntak av økonomiområdet. Ein av informantane har uttrykt det slik at *”den raude tråden”* i arbeidet er kanskje uklar i det daglege arbeidet, men alle formidla at dei ønskte å arbeide systematisk og målretta, men at kvardagen var så travel at det var vanskeleg å få til. Orvik (2004:55) seier at det kan vere naudsynt å avgrense praksis eller *”adferd”*, dvs. å ikkje drive med anna enn det som er relevante oppgåver i samsvar med behovet. Prioriteringane som kommunane ønskjer å gjere, må synleggjerast gjennom t.d. oppretting av nye stillingar og stillingsinstruksar som er i tråd med ønskje tiltak. Undersøkingskommunane er ikkje på det nivået. Med så uklare mål og knappe personellressursar som informantane formidlar at dei har, er det forståeleg at det er vanskeleg å føreta heilskaplege vurderingar av om tenestene er føremålstenlege. Behova er mange og lite føreseielege. Varierende budsjетtrammer, overbelegg i sjukeheimane og sjukefråvær fører til dårleg stabilitet. Konsekvensane vert då at tenestene vert *”hengande etter”* når det gjeld å byggje opp gode, lokale styringssystem på eit nivå og med ein standard som statlege styresmakter forventar. Helsetilsynet sin rapport (2005) om pleie- og omsorgstenestene understrekar då også at systemisk styring og kontroll

er ei stor utfordring med tanke på den kompleksiteten som pregar dei kommunale pleie- og omsorgstenestene.

Administratoren, seier Orvik (2004), skal sikre gode system, stabilitet, kontinuitet og kontroll. Men tenesteleiarane kan vanskeleg greie å byggje system som ramme for praksisen med mindre sjukepleiarane arbeider metodisk og forstår kva som er siktemålet. Informantane trekkjer fram beredskapsarbeid for ulike pasientkategoriar og avviksmeldingar som eit døme på dette. Kravet til kontroll er blitt skjerpa gjennom lovgjevinga. Informantane formidla at sjukepleiarane ikkje hadde teke dette inn over seg i særleg grad. Dei sa at dei t.d. sleit med å få sjukepleiarane med i eit systematisk forbetningsarbeid gjennom registrering av avvik og uønskte hendingar. Dei opplevde at sjukepleiarane såg avviksmeldingar som eit verkemiddel til å få auka ressursane. Men informantane formidla at ordningane med internkontroll og avviksmeldingar hadde overføringsverdi. På lengre sikt trudde dei at det ville føre til auka forståing og meir strukturerte og prosessuelle arbeidsmåtar. Dette er eit døme på at nye oppgåver og metodar er vanskeleg å få til i praksis. Orvik (2004) seier at etter omorganisering til resultatstyrte einingar kan det tenkjast at det er eit endå større behov enn før for å kunne forstå organisasjonsrøyndomen og handle føremålstenleg. Funna viser at slike kompetanseføresetnader for å kunne få til slike endringar i liten grad har vore tema.

Dersom tenesteleiarane skal kunne makte å ha eit heilskapleg ansvar, er det naudsynt med fagleg samhandling med sjukepleiarane om alle leiaroppgåver, også administrasjons- og styringsarbeid. Dersom pleie- og omsorgstenestene skal prioritere kvalitet, og at den skal byggje på "kundane" sine behov og forventningar, ligg ansvaret for alle indre prosessar og oppgåver også på sjukepleiarane. Behova skal identifiserast og formidlast, og kompetansen skal identifiserast og samordnast. Samarbeidet må vere "tversgåande", alle skal involverast og ta ansvar (Stensaasen 1996). Dette må også omfatte organisering, planlegging og andre administrative oppgåver. Informantane opplevde at sjukepleiarane ikkje var så flinke til å organisere arbeidsdagen eller vakta si. Det hadde lett for å flyte ut. Denne kulturen er ikkje i tråd med filosofien bak "total kvalitetsleiing": Ei dagleg samhandling og organisering i tversgåande strukturar, der alle kan føle tryggleik for at alle tek ansvar for det som Orvik (2004) kallar administrasjon i ei snever tyding, som sikrar gode system i verksemda, og at behovet for stabilitet, kontinuitet og kontroll vert ivareteke.

Informantane hadde vore gjennom relativt store omstillingsprosessar der dei måtte vere både overvakarar og koordinatorar, og dei formidla at dei hadde følt motstand frå dei tilsette og blitt stilte i "eit negativt lys". Men dei såg no teikn til ei endra holdning: Mellom anna at tillitsvalde som hadde

vore med i prosessane, hadde fått meir kunnskap og ei ny innstilling. Informantane trekte også fram at dei sjukepleiarane som hadde teke vidareutdanning, hadde fått ei betre forståing for administrative leiarprosessar. Dei var flinkare til å ”*ta seg fram i systema*”. Alle informantane drog elles fram at ei generell, formell kompetanseheving hadde ført til ei større forståing for at alle må forholde seg til styring, administrasjon og økonomiske rammer. Rolleforventningane til sjukepleiarane påverkar ikkje berre sjølve yrkesrolla, seier Orvik (2004), men også behovet for kompetanse. Klinisk kompetanse er kjernekompetanse, men sjukepleiarane må også forstå og handtere sjukepleia sine rammer. Dei må kunne organisere pasientarbeidet, og dei må forstå helseorganisasjonane som system. Denne kompetansen gjer sjukepleiarane i stand til å veksle mellom ulike arbeidskontekstar. Eg har før i dette kapitlet peika på at yrkesidentitet og tryggleik er viktig for å kunne ha makt og kontroll. Når det gjeld administrative oppgåver, klargjer informantane tydeleg at det er store manglar hos sjukepleiarane på dette området, noko som gjer det vanskeleg å veksle mellom arbeidskontekstane og handle ut frå ei kontekstuell vurdering. Organisatorisk kompetanse, seier Orvik (2004), vil styrkje føresetnadene for å kunne ta eit medansvar for effektiv forvaltning av knappe ressursar.

Informantane seier at sjukepleiarane har med seg ein administrativ kunnskap, men at dei ikkje er flinke til å nytte den. Kanskje er grunnen at det som sjukepleiarstudentane har lært om administrasjon ikkje er relevant for den nye organisatoriske røyndomen? Orvik (2004) drøftar denne ”*gamle*” administrative sjukepleiarfunksjonen. Han meiner at den er avleggs i dag, fordi den er prega av tekniske og praktiske assistentfunksjonar. Den nye forma for organisatorisk kompetanse inneber meir sjølvstende og likeverd mellom yrkesgruppene. Prinsippa i ”total kvalitetsleiing” legg også opp til dette, med t.d. tversgåande leiingsstrukturar frie for revirtenking. Funna mine viser at sjukepleiarane har ei passiv og avventande holdning til ”*dei som bestemmer*”, og det vert formidla at dei ikkje er trygge nok i yrkesrolla. Dette kan tyde på at dei må bli meir bevisste og opparbeide seg meir autoritet og mynde, for å kunne oppnå likeverd t.d. i høve til leiinga.

I ei undersøking gjort av Hamran (1992) går det fram at særleg nyutdanna sjukepleiarar opplever leiarfunksjonen som vanskeleg, fordi dei lærer for lite om den og er ubudde på denne funksjonen når dei kjem ut i praksis. Også Orvik viser til forskingsrapportar frå sjukehus (SINTEF 1997 og 2001) som konkluderer med at omfanget av organisatoriske oppgåver er større enn det nyutdanna forventar. Rapportane viser såleis at det er på det organisatoriske kompetanseområdet at gapet mellom utdanningskompetansen og kompetansekrava er størst.

Funna viser at informantane ikkje har reflektert særleg over behovet for kontekstuell kompetanse i sine avdelingar. Den avventande, defensive haldninga til sjukepleiarane kan sjølvstyk tyde på at dei treng ein vegvisar i dei mange utfordringane, men det kan også vere uttrykk for mangel på grunnleggjande kunnskap og ferdigheiter om den organisatoriske konteksten for yrkesutøvinga. Kunnskap om og forståing for ein slik kontekst er t.d. særleg viktig i sakshandsaming og tildeling av tenester. Det er både ein administrativ og ein fagleg prosess. Pasientvurdering, sakshandsaming, prioritering og tildeling av tenester er viktige prosessar. Øgar og Hovland (2004) seier at det truleg er den prioriteringsprosessen i heile kommunehelsetenesta som får størst ressursmessige konsekvensar. Informantane formidlar at sjukepleiarane ikkje har god nok kunnskap om lovverk og andre styringsdokument, sjølv om dei er deltakarar i sakshandsamingsprosessen. Dette viser at kommunen ikkje er bevisst på kva konsekvensar ein slik kompetansesvikt kan ha, også økonomisk.

5.3 Integratorfunksjonen (I), sjukepleiarkompetanse og kvalitet

Strand (2004) kallar leiarrollene i denne funksjonen for ”rettleiaren” og ”hjelparen”. Leiaren skal byggje eit fellesskap og arbeide med å motivere personalet og utvikle tenestene. Ho skal mellom anna vere oppteken av å skape oppslutnad om organisasjonen og identitetskjennele. Informantane i mi undersøking gav uttrykk for at dei opplevde eit fagleg fellesskap med sjukepleiarane. Dei kunne ha prinsipielle drøftingar og samarbeide om ulike prosessar med sjukepleiarane som dei ikkje kunne med andre yrkesgrupper. Men sjukepleiarane sin oppslutnad om overordna oppgåver opplevde dei ikkje som god nok. Likevel skapte samspelet om den daglege drifta eit grunnlag for framtidige utviklingsprosessar på fleire felt. Nordstrøm og Ridderstråle (2006) hevdar at leiarar mellom andre viktige oppgåver også må vere gode rollemodellar og rettleiingar. Dei seier at utvikling mellom anna handlar om å leie, trene og inspirere disiplinar. Det er ei leiaroppgåve å utvikle nye leiarar!

Gode arbeidsprosessar skal føre fram til målretta resultat. Arbeidsprosessar føregår på tvers av avdelingar og fag, og dei må bindast saman på ein måte som er meningsfulle for både pasientar og personale. Det krevst då både prosessforståing, evne til prosesshandtering, organisering og kunnskap om metodar for å forbetre prosessane. Tradisjonelt er helsearbeidarar dårlege til å beskrive arbeidsprosessane, noko som er den beste måten å skaffe seg oversyn og innsikt på, for å kunne utvikle og forbetre arbeidsprosessane. Dei er flinkare til å forklare kva dei gjer – og effekten av gjeremåla (Orvik 2004). Funna mine støttar opp om dette synet. Informantane fortel om ein kvardag med dårleg struktur på kommunikasjonsprosessane, t.d. rapportane, som er ein viktig delprosess i kjerneprosessen i sjukepleia. Informantane hadde opplevd ein kultur der det var viktig å få sagt og fortalt mykje, og at det var lett for å ”flyte ut i berre prat” og ”all verdens forteljingar”.

Informantane formidla også, slik eg oppfatta det, at sjukepleiarane ikkje hadde eit forbetningsperspektiv på dei interne arbeidsprosessane, med jamlege gjennomgangar og evalueringar. Omgrepa endrings- og forbetningsprosessar assosierte både informantane og sjukepleiarane i hovudsak med ulike prosjekt og overordna strategi- og endringssignal, noko dei var litt avventande til, og noko dei måtte forholde seg til. Dette tyder på ei forvirring når det gjeld bruken av omgrepa. I ein slik kontekst vil Demings sirkel (Deming 2000) forbli teori, og ikkje ein praktisk lærings- og forbetningsmetode. Dette trass i at metoden er enkel og har klare likskapstrekk med sjukepleieprosessen, som er sjukepleia sin metode for pleie- og behandlingsforløpet: Identifisering av problem/behov, behandling, observering av effekt og evaluering.

At informantane og deira sjukepleiarar ikkje er sikre på bruken av forbetningsmetodar og forbetningsarbeid, er kanskje ikkje å vente, då tenkjemåten er ny i helsefaglege miljø. Øgar (2006) viser til at den viktigaste arenaen for å kunne endre både tenkjemåte og praksis, er helsepersonellet sine grunn- og vidareutdanningar. Det vil ta tid, fordi det må skapast nye holdningar og utdanningskulturar, men innhaldet i ”Rammeplan for sykepleierutdanning” (2004) viser at det no er blitt eit skarpere fokus på forbetningskunnskap også i den norske sjukepleiarutdanninga. Funna mine viser at metoden er lite kjend også i tenestene, både teorigrunnlag, tenkjemåte og arbeidsmåtar. Men at også statlege strategidokument har fokus på kontinuerleg forbetring, vil kunne auke bevisstgjeringa om behovet for å førebu seg til eit komande ”paradigmeskifte” (Øgar 2006).

Men informantane seier at sjukepleiarane ikkje har tid til å orientere seg om og lese statlege strategidokument. Det vert ikkje tid til å lese dei i arbeidstida. Men dersom leiarane skal få til integrering, oppslutnad og utvikling (Strand 2004), må sjukepleiarane ta opp i seg nye tenkjemåtar. Det må skapast miljø som ”*greier å følge med*” (Jakobsen, 2005). Informantane er klar over dette, men snakkar også her om tidsaspektet. Dei trekkjer også fram verdien av å ha ”*nyfikne*” sjukepleiarar, og dei uttrykkjer at sjukepleiarane må få eit større overblikk. Dei viser til at sjukepleiarane tenkjer t.d. ikkje helsefremjande tiltak og førebygging, dei er berre opptekne av å stelle!

Funna mine tyder altså på at sjukepleiarane er lite bevisste på metodiske arbeidsmåtar i kvardagen, også når det gjeld å byggje opp system for arbeidsprosessane. Informantane seier at dei skulle ønskje at sjukepleiarane sine arbeidsmåtar kunne ha vore mindre ad hoc-prega/frå vakt til vakt-prega. Dei snakkar om ”brannsløkking” som ein vanleg arbeidsmåte på travle kvardagar. Dette vitnar ikkje om ei vaken innstilling og ein kultur for å følgje med i den nye organisasjonsrøyndomen. Men ein kan ikkje

løyse alle problem med formelle system, seier Strand (2001). Tenesteleiarane har også eit ansvar for å ta tak i den ad hoc-kulturen kulturen som dei sjølve beskriv, byggje eit fagleg (og sosialt) fellesskap som mellom anna er tufta på kunnskap om roller, organisasjon og målretta prosessar. Korleis skal dei elles få til gode arbeidsprosessar – og kunne forbetre dei som ikkje fungerer?

Jakobsen (2005) viser til at det er vanskeleg å få til endringsprosessar i pleiekulturen.

Forsvarsrutinar er vanlege. Men ho seier vidare at kultur må ikkje forvekslast med verdiar, klima eller filosofi. Ein slik kultur er nemleg ikkje prega av refleksjon. Eg har tidlegare vist til at sjukepleiarane tradisjonelt er opptekne av funksjon og revir, medan samfunnsmessige endringar fordrar ein pasientorientert tenkje- og handlingsmåte. Ein av informantane beskriv element ved ein tradisjonell pleiekultur i si avdeling. Arbeidet i avdelingane er organisert rundt pasientane sin naturlege døgnrytme, og hennar erfaring er at sjukepleiarane først og fremst er opptekne av pleie, og at dei ikkje er bevisste på å organisere arbeidet ut frå pasientane sine behov og kompetansen i avdelinga. Såleis er også hennar erfaring at sjukepleiarane ikkje er pasientorienterte i si tilnærming (op cit).

Funna mine er såleis ikkje i tråd med undersøkingar som Orvik (2004) viser til, som konkluderer med at desentraliserte arbeidsformer fører til at fagpersonalet tek heilskapleg ansvar for kvaliteten på pasientomsorga. Men han viser også til at desentralisering, saman med teamorganisering, skapar variasjon i yrkesrolla, men nokre gonger vert ansvaret større enn det personalet har ressursar til. Slike situasjonar beskriv også informantane i mi undersøking, og eg oppfattar det slik at sjukepleiarane kan oppleve ansvaret så tyngjande at det ikkje verkar overkomeleg å gå inn i nye tenkjemåtar og endringsprosessar.

Men endringsarbeid handlar også om å identifisere årsakene til slike haldningar og slik praksis, og få snudd fastgrodde tenkjemåtar og innstillingar. Informantane trekte fram kor viktig det var med grunnleggjande føresetnader og haldningar, og ein profesjonell tryggleik og sjølvtrillit for å kunne kome vidare i å utvikle og betre tenestene. Nokre av informantane meinte at sjukepleiarane ikkje hadde denne sjølvtrilliten og tryggleiken, og særleg ein av informantane hadde sett i gang prosessar for å bevisstgjere sjukepleiarane på yrkesrollene deira. Orvik (2004) sitt syn er at sjukepleiarane må ha kunnskap om og kunne veksle mellom ulike kontekstar. Det fordrar kunnskap om alle kontekstane, og er ein føresetnad for å kunne ta medansvar for ei effektiv forvaltning av knappe ressursar. Det synest som om informantane var bevisste på slike grunnleggjande føresetnader, og at nokre av dei tok utfordringa. Men ser ein funna i dette lyset, er utsiktene enno små til at sjukepleiarane aktivt og systematisk skal kunne delta i kvalitetsutviklingsprosessar.

Informantane formidlar at sjukepleiarane er opptekne av det som Øgar (2006) kallar ”*den vanlige jobben*”. Informantane seier at dei må ”*ta unna det som MÅ gjerast*”, og mange oppgåver kan ikkje vente til neste dag. Funna i mi undersøking tyder på at det først må arbeidast planmessig for å ta i bruk metodar for å kunne byggje opp strukturar på arbeidsprosessane. Utan metodikk og ein viss struktur er det vanskeleg både å beskrive, evaluere og forbetre praksis. Her ligg kanskje hovudforklaringa på at pleiekvardagen kan vere prega av kaos og brannsløkking. Kvifor er det ikkje mogleg å nytte metodar, verktøy og system som kunne strukturere arbeidsdagen og lette arbeidet? Sjukepleiarane sitt syn på innføring av IPLOS eller andre standardiserte kartleggings- og vurderingssystem gir diverre liten grunn til optimisme.

Poenget med metodebruk er at kopling av teori og praksis skal gjere det mogleg både å utvikle ny kunnskap og å lære. Sjukepleiarane i undersøkingskommunane er ikkje åleine om å oversjå desse samanhengane som kunne ha gjort kvalitetsutviklingsarbeidet lettare. Deira praksis er i tråd med andre helsearbeidarar sin praksis. Orvik (2004) seier at mange helsearbeidarar og leiarar er tilfredse med å utvikle sine personlege teoriar og å handle, men dei er ikkje vane med å knyte teori og handling saman. Ein integrasjon av teori og praksis, plan og handling er ein føresetnad for å kunne forbetre praksisen og arbeidsprosessane. Orvik sitt syn er i tråd med Argyris og Schön (1996:22) si tilnærming. Dei kallar slik reflekterande læring for ”*dobbeltkretslæring*”.

Teoriar handlar om å ha ei retning for arbeidet sitt, og om å kunne vurdere retninga. Rettleiing, seier Nordstrøm og Ridderstråle (2006), handlar ikkje om kommando og kontroll, men om fokusering. Leiarane må fokusere på det som ”*virkelig teller*”, og forfattarane brukar omgrepet åndeleg leiing i denne samanhengen. Funna i mi undersøking kan tyde på at fokus i pleie- og omsorgstenestene er pragmatisk retta mot dei daglege gjeremåla innafor kjerneprosessen, det vil seie at fokuset enno er på den tradisjonelle, pleiefaglege praksisen. Den teoretisk grunngevnne praksisen - det som ”*virkelig teller*” - er ikkje etablert i same grad. Ein av informantane sa det slik at sjukepleiarane formidla at dei følte at dei gjorde noko ”*ulovleg*” når dei måtte gjere sjukepleiaroppgåver. Med dette som utgangspunkt synest det som om leiarane står overfor store utfordringar. Ein av tenesteleiarane hadde gripe tak i dette, mellom anna ved å stille strengare krav til sjukepleiarane som faggruppe, og at dei måtte få tillit for å kunne ta eit heilskapleg ansvar. Ho kalla det grunnleggjande prosessar for å kunne få til andre utviklingsprosessar. Dette dømet syner at sjukepleiarane er langt frå det nivået som Orvik (2004:278) seier at sjukepleiarane må ha nådd om ein skal makte å endre uheldige, organisatoriske tilhøve. Sjukepleiarane må ha evne til å formulere seg, og dei må vere tydelege i rollene sine, seier han. Dei må ha handlekraft, vite kva dei skal gjere, og korleis dei vil gjere det. Tenesteleiarane har

også eit ansvar for å leggje til rette for at sjukepleiarane kan få moglegheiter til å utøve kompetansen sin: Verksemdene har eit systemansvar for å leggje til rette for at helsepersonell skal kunne ”overholde sine lovpålagte plikter” (helsepersonellova, §16), og planleggje, organisere og legge til rette slik at helsepersonell kan oppfylle krav i lover og forskrifter (Lov om helsetjenesten i kommunene, §1-3a).

5.4 Entreprenørfunksjonen (E), sjukepleiarkompetanse og kvalitet

Strand (2004) seier at entreprenørfunksjonen handlar om å møte utfordringar frå omverda. Entreprenøren skal skape visjonar, ha strategiske evner og vere kreativ. Informantane formidla, slik eg har vist tidlegare i dette kapittelet, at desse omgrepa ikkje var ein naturleg del av deira daglege vokabular. Øgar og Hovland (2004) seier at det er forventa at leiarane skal ha ei dobbeltrolle, dei skal både vere til stades og løyse løpande problem, og dei skal følgje med i utviklingstrekk som kan få konsekvensar for deira verksemd i framtida. Funna mine tyder på at informantane er til stades her og no, det vil seie at dei inntek det som Jakobsen (2005) kallar ei ”*reaktiv*” rolle. Forbettringsprosessar knyter informantane til ulike prosjekt, ikkje til kontinuerlege prosessar. Dei formidlar at dei knapt har moglegheiter til å ta opp i seg tankar og visjonar som andre har hatt! Statlege styringsdokument er retningsgjevande for ei felles utvikling. Men politikken varierer med skiftande regjeringar, og informantane opplevde det som vanskeleg å forholde seg til stadig nye stortingsmeldingar og endringar. Men dette er ein del av konteksten til leiarane, seier Strand (2004). Leiing vert i stadig sterkare grad knytt til det å meistre endringar og skiftande miljø, og å utnytte nye moglegheiter.

Han viser også til at i arbeidslivsundersøkingar som er gjorde, legg leiarane sjølve ikkje særleg vekt på entreprenørfunksjonen, korkje i det offentlege eller i eller det private næringsliv. Men nyskaping, seier han vidare, lukkast berre under spesielle vilkår. Informantane formidlar at rammevilkåra for tenestene er dårlege, særleg med tanke på økonomi. Dei fortel om ein kvardag med særskild knappe personellressursar. Dersom det ikkje skjer noko uføreseieleg, greier sjukepleiarane å tenkje praktisk, slik at ”*det alltid går opp*”, og tenesteleiarane må trå til når det ikkje er sjukepleiarar tilgjengelege. Under slike vilkår vert det vanskeleg å finne rom for refleksjon og langsiktig tenking, slik t.d. Øgar og Hovland (2004) oppmodar til.

Spørsmålet er om sjukepleiarane, ved å vise ei meir offensiv haldning og meir autoritet og sjølvstende enn det som kom til uttrykk i funna mine, kunne greie å bryte med innarbeidde rutinar og interne ”*suksesshistorier*”, tore seg på nye måtar å gjere ting på, og få politikarane med (Strand 2004). Men rammevilkåra er kanskje til hinder for slike dristige initiativ og radikale endringsprosjekt. Rammevilkåra gir ikkje rom for risiki, for å ta sjansar, slik informantane formidlar kvardagen. Ein av undersøkingskommunane hadde t.d. leigt inn eit konsulentfirma i ein større omstillingsprosess. Dette viser at kommunen har satsa pengar, men hentar inn ”profesjonell” hjelp, det er ikkje rom for feilgrep. Ein kan også trekkje parallellar til at dei aller fleste kommunar på det næraste er likt organiserte og dei har omorganisert til same tid. Dette ber preg av ei organisatorisk standardisering, ikkje ei reell vurdering av framtidige behov i kvar einskild kommune. Ei av undersøkingskommunane har brukt det som Røvik (1998:13) kallar for ”*organisasjonsoppskrifter på reise*”. Ei slavisk gjennomføring av slike oppskrifter betyr at metoden innafor ein tidsperiode av mange vert oppfatta og gjerne omtala som den rette, mest føremålstenlege, effektive og moderne måten å organisere på. Den vert ikkje berre eit verkty, men eit symbol på grunnleggjande verdiar.

Den nye forbetningsstrategien (2005), som skal vere vegvisaren for nyskaping og forbetring, gjev kvalitetsomgrepet eit konkret innhald. Stikkord er kontinuitet, tryggleik og effektivitet. Intensjonane har eit fagleg perspektiv, kva som gir dei beste tenestene til brukarane. Dei statlege intensjonane er i tråd med funna mine. Både informantane og sjukepleiarane var genuint opptekne av kva som var det beste for brukarane. Men Orvik (2004) viser til at hovudprinsippet i tenesteforbetringa er ei individualisering av hjelpa, medan drifta av tenestene i stadig større grad faktisk byggjer på standardisering og tidsrasjonalisering. Dette påverkar meiningsdanninga i sjukepleia. Yrket vert opplevd som meiningsfullt, men det hjelper lite når konteksten ikkje vert opplevd slik. Dette trekte også informantane mine fram. Mellom anna viste dei til ei utvikling med auka regulering av tenestene, sterkare styring og krav om kontroll gjennom eit detaljert regelverk. Som døme nemnde dei IPLOS, KOSTRA, internkontroll og avviksmeldingar, metodar og verkty som er viktige for ein kontekstuell tenkje- og handlemåte - som skal gi mening!

Intensjonane er å leggje til rette for gode, individualiserte tenester og ”*gjere dei endå betre*” i framtida, men informantane sa at det var vanskeleg å kome skikkeleg i gang med å ta verktya i bruk. Auka omfang av tenestene og større kompleksitet i brukargruppene gjorde den utfordringa som ei individualisering representerer endå større, og stilte auka krav til

kompetansen til både leiarane og sjukepleiarane. Ein av handlingsplanane i den nye statlege forbettringsstrategien, krev at tenestene skal evaluerast og følgjast opp i endå sterkare grad. Dette krev sjølvstekt at kommunane tek i bruk nye målemetodar og måleverkty. Dette er den nye konteksten som sjukepleiarane må forholde seg til.

Funna mine viser at sjukepleiarane i undersøkingskommunane er lite bevisste på å formidle attende sine oppfatningar av og erfaringar med arbeidsvilkåra sine. Informantane formidlar at dei som leiarar ønskjer innspel og å bli utfordra på korleis dei t.d. meistarar leiarfunksjonen når det gjeld endringar, visjonar og verdiar. "Rammeplan for sykepleierutdanning" (2004) slår fast at nyutdanna sjukepleiarar skal ha ei kritisk haldning til helsetenesta. Men det informantane gir uttrykk for, er at sjukepleiarane generelt er negative og misnøgde, ikkje kritiske i den forstand at dei grunngjev standpunkta sine og tek initiativ til diskusjonar om framtidige utfordringar, strategiar og tenesteutvikling.

Men det kom også fram at informantane ikkje forventar at sjukepleiarane var aktivt med i strategiske diskusjonar. Svarene syner at ikkje leiarane heller hadde arenaer for formelle, systematiske strategiske diskusjonar, eller sette av tid til samanhengande arbeid og refleksjon, slik Øgar og Hovland (2004) tilrår. Men ein av kommunane hadde positive erfaringar med den verdidebatten dei hadde starta, der alle tilsette var inviterte til å vere med.

5.5 Oppsummering

I det følgjande oppsummerer eg kort hovudpunkta i drøftinga, etter same inndeling som i kapittel 5.1 – 5.4.

Produsentfunksjonen, kompetanse og kvalitet

Informantane formidla at dei hadde fokus på kvalitet og kvalitetsutvikling, og dei meinte at den direkte tenesteytinga var god. Men dei greidde ikkje å ta inn over seg alle endringane som det særleg frå sentralt hald vart forventar at pleie- og omsorgstenestene skulle gjennomføre. Kvaliteten på tenestene hadde ikkje det same politiske fokus som dei økonomiske rammene for drifta. Det vart ikkje arbeidd systematisk i avdelingane med desse spørsmåla, slik Øgar og Hovland (2004) tilrår, då desse grenseoppgangane er ein viktig del av kvalitetsarbeidet. Men trass i at omstillingane i kommunane var tufta på økonomiske analysar og vurderingar, meinte informantane at dei såg faglege bieffektar av prosessane. Funna samsvarar også med Strand (2001) sin påstand om at det ikkje vert teke omsyn til

kvalitetsmål i økonomiske planlegging og avgjersler, og at heller ikkje den einskilte avdeling har klare mål. Det kan synast som om intensjonar i overordna styringsdokument ikkje vert følgde opp i praksis i undersøkingskommunane. Sjukepleiarane var ikkje bevisste på at dei har to jobbar, slik Øgar (2006) viser til. Informantane formidla at rammevilkåra heller ikkje gav rom for begge jobbane. Informantane sa også at omgrepa og terminologien i spørsmålsstillingane ikkje vart brukte i det daglege. Dette er i tråd med Øgar og Hovland (2004) som seier at det råder ei omgrepsforvirring, og at dette er til hinder for ein meningsfull dialog om kvalitet og kvalitetsutvikling. Informantane formidla også at sjukepleiarane var lite interesserte i å delta i leiings- og styringsprosessar, og dei hadde ikkje god nok kjennskap til lovverket som regulerer tenestene. Sjukepleiarane såg på det å yte god pleie som det viktigaste. Men informantane hadde forståing for dette, då sjukepleiarane måtte bere mykje av den direkte tenesteytinga, noko som ikkje gav rom for refleksjon og forbetningsarbeid. Informantane sin påstand om at sjukepleiarane måtte bli tryggare i yrkesrolla si for å kunne bli i stand til å integrere endringar og aktivt vere med på å påverke tenesteytinga, er også noko som Jakobsen (2005) strekar under. Nokre av informantane meinte at grunnleggjande bevisstgjeringsprosessar var naudsynte, før dei kunne kome i gang med forbetningsprosessar i tenesteytinga. Sjukepleiarane var heller ikkje bevisste på at kliniske tenester må tuftast på ei kontekstuell innsikt om den skal bli god og omsorgsfull, slik Jakobsen (op cit) hevdar.

Administratorfunksjonen, kompetanse og kvalitet

Informantane gav uttrykk for at dei ønskte å etablere gode strukturar og arbeide systematisk, men at det var vanskeleg å få til. Dei greidde heller ikkje å få eit godt nok oversyn til å kunne ”avgrense åtfærd” og tenkje føremålstenleg, slik Orvik (2004) tilrår, for å kunne prioritere oppgåver og rette innsatsen mot dei tiltak som det verkeleg er behov for. Funna viste også at sjukepleiarane ikkje har god nok kompetanse om metodikk til å kunne vere med på å bygge system og arbeide føremålstenleg. Dei hadde også liten kunnskap om dei metodane og målingsverktøya som statlege styresmakter hadde innført for å kunne evaluere og betre tenestene. Det viser at det er behov for meir kompetanse på dette området, noko som samsvarar med Orvik (2004), som seier at det no er eit endå større behov for å forstå organisasjonsrøyndomen enn tidlegare. Funna som viser at kvardagen har lett for å ”flyte ut” for sjukepleiarane, er ikkje i tråd med filosofien om ”total kvalitetsleiing”, som ligg til grunn for statlege strategi- og styringsdokument, der alle skal føle tryggleik for at alle tek ansvar i - og for - arbeidsprosessane. Denne ”utflytinga” kan tyde på at det er vanskeleg for

sjukepleiarane å veksle mellom det som Orvik (op cit) kallar sjukepleia sine tre arbeidskontekstar, og å handle ut frå ei kontekstuell vurdering. Informantane meinte at sjukepleiarane hadde med seg ein administrativ kunnskap frå utdanninga si, men dei nytta den ikkje. Men Orvik (op cit) seier at truleg er den gamle administrative funksjonen avleggs. Ein ny administrativ funksjon må etablerast, med meir sjølvstende og likeverd mellom yrkesgruppene. Dette underbyggjer også funna, som viser at sjukepleiarane er avventande til ”dei som bestemmer”. Den administrative funksjonen og den kontekstuelle tilnærminga er særskild viktig i sakshandsamingsprosessen, som både er fagleg og administrativ. Mangel på kunnskap om lovverk og økonomiske rammer for verksemda er urovekkjande, med tanke på at dette er viktige prosessar som kan få store ressursmessige konsekvensar, slik Øgar og Hovland (2004) påpeikar. Informantane hadde ikkje i særleg grad reflektert over denne samanhengen.

Integratorfunksjonen, kompetanse og kvalitet

Trass i mange frustrasjonar opplevde informantane ei fagleg fellesskapskjensle med sjukepleiarane. Dei meinte at dette fellesskapet var eit viktig fundament og ein viktig føresetnad for vidare utviklingsprosessar, slik Nordstrøm og Ridderstråle (2006) også påpeikar. Det er ei viktig oppgåve for leiarar å inspirere og rettleie ”disiplar”, også med tanke på at nye leiarar skal rekrutterast.

Orvik (2004) seier at sjukepleiarar er dårlege til å beskrive arbeidsprosessane, dei er flinkare til å forklare kva dei gjer. Dette er i tråd med funna mine. Sjukepleiarane arbeidde ikkje målretta med evaluering av arbeidsprosessane, og dei knytte ikkje omgrepa endring og forbetring til dei daglege arbeidsprosessane, trass i at dei er vane med å arbeide metodisk i det kliniske arbeidet. Men tenkjemåten med evaluering og kontinuerleg forbetring er ny, seier Øgar (2006), så det er kanskje naturleg at det enno rår ei viss omgrepsforvirring. Men funna viser at pleie- og omsorgstenestene ikkje er budde på det komande paradigmeskiftet i kvalitetsutviklingsarbeidet (op cit). Funna viser også at arbeidet vert utført utan at intensjonane i statlege strategiar og framtidsplanar er kjende. Dette viser at sjukepleiarane og tenestene ikkje greier å ”*følgje med*” i utviklinga, noko som Jakobsen (2005) påpeikar er naudsynt for å kunne utvikle tenestene i tråd med dei statlege intensjonane. Jakobsen (op cit) peikar også på at det er vanleg å forsvare seg mot endring i pleiekulturen, som tradisjonelt er prega av funksjonsorientering og lite refleksjon. Informantane beskrev fleire hendingar som stadfestar at ein slik funksjonell kultur er vanleg, og at sjukepleiarane ikkje arbeider pasient- og behovsorientert. Det var teikn til at informantane tok tak i - og arbeidde med - grunnleggjande tilhøve for å kunne endre kulturen, men alle informantane var ikkje bevisste på slike kompetanseføresetnader

for kvalitetsprosessar. Informantane har såleis ei stor utfordring i å etablere grunnleggjande føresetnader og eit fagleg fellesskap for å kunne starte arbeidet med ”den andre jobben” (Øgar og Hovland 2004). Argyris og Schön (1996) kallar ei slik reflekterande læring, som er ein føresetnad for å kunne gjere ”den andre jobben”, for ”dobbeltkretslæring”, det vil seie ei kopling mellom teori og praksis.

Entreprenørfunksjonen, kompetanse og kvalitet

Funna mine viser at informantane er mest til stades her og no. Dei har ikkje makta å praktisere den dobbeltrolla som Øgar (2006) seier vert forventa av leiarane. Å følge med i utviklingstrekk og tenkje i visjonar og strategiar er lite praktisert. Dei er ikkje vane med å arbeide kontinuerleg med desse oppgåvene, og har heller ikkje ressursar til å skape seg rom for langsiktig tenking og refleksjon. Leiarar må vise autoritet og ha ei offensiv holdning for å kunne bryte med gamle rutinar, seier Strand (2001). Kvardagen til informantane gir lite rom for dristige initiativ og radikale endringsprosjekt. Informantane viste til at det også hos sjukepleiarane var lita forståing for metodar og verktøy for strategisk planlegging. Dokumentasjonen blei oppfatta som meirarbeid, ikkje som eit hjelpemiddel i kvalitetsutviklingsarbeidet, også lokalt. Tenestene er såleis ikkje realitetsorienterte om at dette er den nye konteksten som dei må forhalde seg til. ”Rammeplan for sykepleierutdanning” (2004) slår fast at sjukepleiarar skal ha ei kritisk holdning til helsetenesta, det vil seie ei reflektert holdning som byggjer på grunngevrne standpunkt. Informantane formidla at det var vanleg med ei generell misnøye, ikkje konstruktive tilbakemeldingar og kritiske merknader som byggjer på ovannemnde analytiske tilnærming. Men informantane formidla også at dei ikkje forventa reflekterte, kritiske holdningar - på dette stadiet. Omstillingar og nedskjeringsprosessar var eit dårleg grunnlag for optimisme, men dei såg lyspunkt!

6.0 Konklusjon

I dette kapittelet trekkjer eg slutningar av dei empiriske funna, og eg reflekterer over det teoretiske rammeverket for studien og bruken av drøftingsmodellen i kap.2.5. Vidare skisserer eg nokre tankar og idear eg har om konkrete tiltak som eg meiner kan betre tenestene, og tema som eg har funne kan vere nyttige å studere nærare.

6.1 Funn i studien

Spørsmål A: Produksjonsfunksjonen (P), kompetanse og kvalitet

Eg spurde informantane om kva kompetanse dei meiner er viktig for å kunne yte kvalitetstenester i ei endringstid, kva kunnskap og ferdigheiter dei legg vekt på i denne samanhengen, og kva kvalitetsnivå avdelingane deira hadde.

Det verkar som om rammene for tenesteytinga og statlege forventningar ikkje er tilpassa dei ressursar og moglegheiter som tenesteleiarane har til rådvelde, korkje økonomisk eller fagleg. Leiarane greier ikkje ta inn over seg alle statlege krav om kontinuerleg forbetring. Omlegging, omorganisering og innsparing er med på å ta bort fokuset frå kvalitetsarbeidet. Det kan såleis sjå ut som om statlege styresmakter sine forventningar til fornying og kontinuerleg forbetring av tenestene er for ambisiøse i høve til dei ressursane som tenesteleiarane rår over. Intensjonane i statlege styrings- og strategidokument vert såleis ikkje følgde opp i praksis.

Tenesteleiarane opplevde at dei arbeidde med forbetring av tenestene, men tiltaka verka usystematiske og lite målretta, og hadde helst sitt utspring i økonomiske omsyn. Språkbruk, terminologi og omgrep som vert nytta i dei offentlege strategidokumenta om tenesteutvikling, er heller ikkje integrerte i tenestene, noko som tydeleggjer den faglege avstanden som er mellom statlege intensjonar og ein travel kommunal kvardag, når det gjeld å få til ei felles forståing av mål og retningar for utvikling og forbetring. Likevel vert den direkte tenesteytinga opplevd som god, både av tenesteleiarane, sjukepleiarane og brukarane.

Tenesteleiarane hadde ikkje i særleg grad tenkt over at sjukepleiarane har ein organisasjons- og administrasjonskompetanse, og at det kunne vere nyttig å integrere den i eit samspel om utviklingsoppgåver. Dei fleste såg behovet for - og ønskte - at sjukepleiarane kunne trekkjast meir med i leiaroppgåver, men dei forventa det ikkje, med tanke på ovannemnde rammer og moglegheiter. Informantane meinte at sjukepleiarane sjølve ikkje var opptekne av

organisasjonskonteksten i yrkesrolla si eller det å ha ei kritisk og analytisk holdning til eigen praksis. Dei var mest opptekne av den pasientretta arbeidskonteksten. Informantane hadde også fokus på sjukepleiarane sin kliniske kompetanse og dei pasientretta oppgåvene, då ressursane tilsa at dei måtte prioritere dagleg pleie og stell. Det synest som om føresetnadene for å kunne trekkje sjukepleiarane inn i ei kontekstuell tenking og medverknad i tenesteproduksjonen enno ikkje er til stades. Men funna mine viser at det i høgste grad er naudsynt at sjukepleiarane har ein slik kompetanse for å kunne forstå rammevilkåra og måla for tenestene, og såleis vere i stand til å yte tenester i samsvar med statlege intensjonar.

Spørsmål B: Administrasjonsfunksjonen (A), kompetanse og kvalitet

Eg spurde informantane om korleis dei arbeidde med administrative oppgåver, og kva verdi dei knytte til sjukepleiarane sin kompetanse om leiing, styring og administrasjon - med tanke på å betre kvaliteten også i administrative ”delprosessar”.

Tenesteleiarane brukte mykje tid på administrative oppgåver, men funna tyder på at dei er mykje åleine om desse oppgåvene, og at det er lite forståing hos sjukepleiarane for den administrative leiarfunksjonen. Sjukepleiarane var likevel med i viktige prioriteringsprosessar, som t.d. å kartlegge pasientane sine behov og vurdere tiltak, utan å ha god nok kjennskap til lovverket og ei god nok forståing for administrative leiaroppgåver. Tenesteleiarane er bevisste på at sjukepleiarane har ein administrativ kompetanse frå utdanninga si, men sjukepleiarane brukar den ikkje, og tenesteleiarane er heller ikkje bevisste på å aktivere den og bruke den målretta i eit kvalitetsutviklings- og forbetningsperspektiv. Funna mine viser at det er eit klart behov for administrativ kunnskap i sjukepleiargruppa, då administrative oppgåver, orden og system er eit viktig grunnlag for det heilskaplege tenestetilbodet.

Den ”gamle” administrative funksjonen (Orvik 2004), som er prega av assistentfunksjonar, er utilstrekkeleg i den nye kvardagen med flate organisasjonsstrukturar og ei forskyving også av administrativt ansvar til alle tilsette. Funna kan tyde på at sjukepleiarane sin administrative kompetanse ikkje er god nok i den eksisterande og framtidige organisasjonsrøyndomen. Til dømes har tenesteleiarane eit heilskapleg ansvar for avdelingane sine, og er avhengige av ei fagleg samhandling om alle leiaroppgåver. Det kan sjå ut som om det er stor avstand mellom det som utdanningsinstitusjonane formidlar av slik kunnskap og dei premissane som statlege styresmakter legg for tenesteytinga.

Spørsmål C: Integrasjonsfunksjonen (I), kompetanse og kvalitet

Eg spurde om informantane meinte at sjukepleiarane har tilstrekkeleg kunnskap om prosessuelle arbeidsmåtar, og kva oppfatning dei har av korleis slik kunnskap kan tileignast og brukast i kvalitetsutviklingsarbeidet.

Informantane gav tydeleg uttrykk for at dei ønskte å få sjukepleiarane til å tenkje meir metodisk og prosessuelt, med læring og forbetring som mål. Når dei ikkje lukkast, peikte dei først og fremst på knappe ressursar. Men eg oppfatta det slik at korkje kompetanse eller grunnleggjande tryggleik, identitet og autoritet i yrkesrolla er internalisert slik at sjukepleiarane har føresetnader for å praktisere forbetningsmetodar, som t.d. det å ha ei analytisk tilnærming til eigne system og eigne arbeidsprosessar.

Fokuset til sjukepleiarane - og til tenesteleiarane - ligg på dei kliniske og pleiemessige kjerneoppgåvene, det som Øgar (2006) kallar "den vanlege jobben", ikkje på gjennomgåande arbeidsprosessar og eit fagleg samarbeid om å forbetre desse. Sjukepleiarane forbind metodikk med prosedyrar i pleie, og "forbetring" er knytt til større omorganisering- eller omstillingsprosjekt. Det kan såleis sjå ut til at sjukepleiarane ikkje har med seg tilstrekkeleg kunnskap om system, metodar og prosessar frå grunnutdanninga, og at dei ikkje har lært å sjå metodiske prinsipp i samanheng med all praksis.

Tenesteleiarane har lite ressursar til å drive med grunnleggjande opplæring om metodikk og forbetningskunnskap, samtidig som dei får pålegg og forventningar frå staten om endringstiltak som er bygde på at endrings- og forbetningskompetanse allereie ER integrert. Dette opplever dei som eit stort profesjonelt dilemma og ei stor pedagogisk utfordring, då tenestene, slik funna mine viser, er avhengige av at denne kunnskapen vert etablert for å kunne få til læring, utvikling og forbetring.

Spørsmål D: Entreprenørfunksjonen (E), kompetanse og kvalitet

Eg spurde om informantane opplevde at sjukepleiarane var opptekne av visjonar og strategiar, og i kva grad dei knytte utøvinga av faget sitt til individuelle og kollektive utviklingsmål.

Informantane understreka at dei mangla føresetnader og mulegheiter for å kunne drive med anna enn den direkte tenesteytinga. Tenesteleiarane hadde sjølve problem med å fange opp utviklingstrekk og vurdere konsekvensar for deira verksemd. Leiarane er såleis til stades her og no. Dei opplevde ikkje at sjukepleiarane er opptekne av strategiar og visjonar, korkje individuelt eller på vegner av

verksemda. Tenesteleiarane forventar heller ikkje at sjukepleiarane skal kunne greie å følgje med i overordna strategiar og finne rom for langsiktig tenking og planlegging. Ord som visjonar og strategiar var ikkje integrert i det daglege vokabularet i tenesteutøvinga, og det var lite rom for å reflektere over kvardagen og diskutere felles utviklingsstrategiar og - mål. Men med tanke på den rivande faglege og teknologiske utviklinga som pregar pleie- og omsorgstenestene i dag, og som vil gjere seg gjeldande i endå sterkare grad i framtida, er det viktig å integrere ”den offentlege debatten”, planleggingskunnskap og strategiske tenkjemåtar både i grunnutdanninga og i vidareutdanningane for sjukepleiarar, og i ”den daglege” drifta av tenestene.

Ovannemnde slutningar på grunnlag av funna i undersøkinga viser at dei kommunale pleie- og omsorgstenestene står overfor store faglege utfordringar. Gjennom lovverk og statlege styringsdokument er kvalitetskrava blitt skjerpa. Dette vil øve eit stort endrings- og forbettringstrykk mot tenestene. Eit slikt press fordrar at leiarane har kontinuerleg fokus på læring og forbetring, og at tenesteutøvarar/sjukepleiarar har kompetanse utover den reint kliniske dugleiken. Slik eg ser det, vil desse kvalitets- og forbettringskrava til tenestene krevje betydeleg og omfattande kontekstuell og organisatorisk kunnskap hos leiarar og sjukepleiarar i framtida.

6.2 *Refleksjon omkring det teoretiske rammeverket for studien, PAIE*

Meinings- og kontekstperspektivet ligg til grunn for mitt val av litteratur. Det teoretiske utgangspunktet er Strand (2001) sin kontekstmodell for leiarfunksjonar. Ved å nytte denne modellen meiner eg at eg har fått fram kompleksiteten i dei ulike leiarfunksjonane til tenesteleiarane, både interne oppgåver og utfordringar, og eksterne krav og forventningar. Modellen si kategorisering og framstillinga av leiarfunksjonar kan verke kunstig, men eg meiner at inndelinga har fanga opp detaljar og nyansar ved leiarrolla som eg ikkje ville ha fått fram ved å bruke meir reindyrka og ”smalare” leiarteoriar eller -modellar. Ved å bruke kontekstperspektivet har eg fått fram at også pleie- og omsorgstenestene må forholde seg til ”ytre” krav, system, prosessar og strategiar, ikkje berre fagleg tenesteproduksjon og administrative oppgåver som turnusplanlegging og personalleiing. Ein slik heilskapleg tenkjemåte har det ikkje vore tradisjon for i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene, men eg meiner det er viktig for sjukepleieleiarar å verte bevisste på denne funksjons- og konteksttankegangen.

Kontekstperspektivet er særskild relevant med tanke på store samfunnsendringar og det skiftande heilskapsbiletet som tenesteleiarane må forholde seg til, og som også får konsekvensar for dei som skal organisere og tilretteleggje tilbod i systema rundt - og nær - pasienten. Dei må til eikvar tid

kunne tolke krav og forventningar frå omgjevnadene, og aktivere ulike leiarfunksjonar ut frå behov som dei kan identifisere.

Men Strand sitt perspektiv åleine får ikkje fram faktorar og kontekstar som eg meiner er sentrale for det fenomenet eg studerer, t.d. læring og forbetring som viktige faktorar for kvalitet i tenestene, og sjukepleiarkompetanse som ein særskilt relevant kontekst for leiarane. Ved å byggje inn kompetanse- og kvalitetsperspektivet i Strand (op cit) sin modell for organisasjonstypar og leiingsfunksjonar, meiner eg å ha tilført modellen viktige dimensjonar for å kunne forstå det fenomenet eg har studert.

Kombinasjonsmodellen har også ført til at eg har fått ei betre forståing av samanhengar og samspel mellom ulike aktørar: Statlege styresmakter, utdanningsinstitusjonar, kommunar/ tenesteleiarar og sjukepleiarar/tenesteytarar.

Ein mangel eg ser ved modellen, er læringsperspektivet. Senge (2004) sitt perspektiv på lærande organisasjonar ville t.d. ha vore eit viktig utdjupeing av Strand (2001) sitt kontekstperspektiv. Senge seier at lærande organisasjonar er oppfunne, men dei er enno ikkje komne til innovasjonsstadiet. Fem ulike disiplinær må utviklast kvar for seg, men *”de er avgjørende for hverandres suksess”* (op cit:12): Systemtenking, personleg meistring, mentale modellar, å skape felles visjonar og gruppelæring. Kvar disiplin har i seg ein vesentleg dimensjon når det gjeld å skape organisasjonar som verkeleg kan lære, og som stadig kan forbetre moglegheitene til å nå sine *”høyeste mål”*. Dei fem disiplinane og læringsperspektivet er nært og naturleg knytte til dei fire leiingsfunksjonane PAIE, men det ville blitt for omfattande å knyte også dette perspektivet til denne studien. I tillegg ser eg også at å leggje eit pedagogisk perspektiv på leiing (Fuglestad og Lillejord 1997) kunne ha vore fruktbart i denne studien. Pedagogisk leiing har stor betydning for utvikling av organisasjonar sin læringskultur, og er knytt til det å initiere og leie læringsprosessar for fornying, utvikling og endring.

6.3 Avslutning

Pleie- og omsorgstenestene er gjenstand for stadige endrings- og utviklingstiltak. Presset på tenestene er stort, dei faglege utfordringane er krevjande. Det er behov for kompetanse som både kan ivareta den kliniske og pleiemessige delen av tenestene, og kompetanse i å utvikle og forbetre tenestene. Rammene, føresetnadene og vilkåra for forbetring og utvikling er ikkje gode nok. Korkje sjukepleiarane eller leiarane i det som Øgar (2006) kallar dei *”kliniske mikrosystema”*, dvs. systema nær pasienten, har relevant leiings- og forbetringskompetanse.

Dei nasjonale visjonane, intensjonane og kvalitetskravkrava er klare. Dersom kommunane skal kunne etterleve dei, må sjukepleiarutdanninga bli meir relevant, og tenesteleiar kompetansen må styrkjast.

6.4 Framlegg til utviklings- og forbetringstiltak

Tenesteleiarar i kommunale pleie- og omsorgstenester bør leggje meir vekt på grunnleggjande bevisstgjeringsprosessar om sjukepleiarane si yrkesrolle, og det ansvaret sjukepleiarane har for utvikling og forbetring av tenestene. Fagforeininga (Norsk Sykepleierforbund) kan også utfordrast på dette temaet.

Leiinga i pleie- og omsorgstenestene bør etablere eit tettare samarbeid med høgskulane: Forplikte høgskulelærarane på undervisning av personalet i praksisfeltet for å kunne etablere ny og relevant forskings- og forbetringkunnskap. Sjukepleiarane og leiarane i praksisfeltet bør også ta ansvar for å undervise sjukepleiarstudentane i organisatoriske emne og samanhengar, for å kunne betre studentane si heilskaplege forståing av praksisfeltet.

Leiarar i pleie- og omsorgstenestene bør ta meir ansvar for å ta opp kvalitets- og forbetringsarbeid som tema i leiargruppa i kommunane, trekkje temaet inn i politiske fora, og vere meir teoretisk og fagleg bevisste i sine saksutgreiingar til politiske organ.

Kommunane bør utarbeide strategiske personalpolitiske planar som styrer rekrutteringa av både fagpersonell og leiarar. Eit slikt planverk må tematisere kravet til kvalitet og forbetring, og leggje meir vekt på å vurdere kompetansen til tenesteleiarar, sjukepleiarar og anna fagpersonell, særleg med tanke på bruken av forskingsdokumentasjon og praksisutvikling nær pasienten.

Statlege styresmakter bør fokusere meir på vilkåra i pleie- og omsorgstenestene for leiing, tverrfagleg samarbeid, utvikling og organisering av miljøa rundt det direkte pasientarbeidet. Det må skaffast til veges ressursar, og tilhøva må leggjast betre til rette for utviklingsmulegheiter på dette tenestenivået. Staten bør kartleggje status og kva moglegheiter og føresetnader pleie- og omsorgstenestene faktisk har til å følgje opp nasjonale kvalitetsstrategiar, slik at det vert stilte realistiske krav og forventningar til kommunane.

6.5 Framlegg til vidare forskning

Med bakgrunn i funna i undersøkinga har eg kome fram til tre område der det etter mitt syn kan vere viktig å utvikle forskingsprosjekt:

Ein studie som eg meiner kunne vere av stor interesse, er å granske tilhøvet mellom tenesteleiarane i pleie og omsorg sin formelle leiarkompetanse og måten dei arbeider med systematisk kvalitetsutvikling og forbetring på. Stiller dei som har ei formell leiarutdanning andre kvalitetskrav, og har dei ei anna tilnærming til sjukepleiarane/personalet sin kompetanse enn dei som ikkje har leiarutdanning? Ein kvantitativ studie ville t.d. kunne skaffe kommunane eit betre grunnlag for å vurdere forholdet mellom kompetansenivået og utdanningsbehovet til tenesteleiarar.

Ein annan studie som kunne vere med på å bevisstgjere kva leiarkompetanse det er behov for i pleie- og omsorgstenestene, er å undersøkje korleis tenesteleiarane ser på si eiga rolle og behovet for kompetanse. Korleis ser dei på behovet for å utvikle personlege kvalifikasjonar, kva profesjonelle ambisjonar har dei, og korleis ser dei på kompetansebehovet i høve til det å vere leiarar på dette tenestenivået i ei endringstid, med klare krav til evidensbasert praksis og kvalitet på tenestene? Ein kvalitativ basert studie med intervju/direkte spørsmål vil eg tru kunne gi best innsikt i og heilskapleg forståing av dette temaet.

Eit tredje viktig forskningstema meiner eg ville vere å finne ut av korleis den ”organisatoriske konteksten” vert vektlagt i sjukepleiarutdanninga: I kva grad opplæringa er retta mot organisasjonar, system og prosessar. Ved å studere den delen av rammeplanen (2004) og studieplanar som omfattar dette kunnskapsgrunnlaget, og å spørje studentane etter praksisperiodane (kvantitativ metode, mange informantar), ville det vere mogleg å avklare om undervisninga er i tråd med intensjonane i studieplanane (både klinisk og organisatorisk kunnskap), tenestene sine behov og intensjonane i statlege styringsdokument.

LITTERATURLISTE

Argyris, C og Schön, D.A (1996): *Organizational Learning II: Theory, Method and Practice*. Reading, Mass: Addison- Wesley

Batalden, P.B og Stolz, P.K (1993): A Framework for the Continual Improvement of Health Care. *Journal of Qualitative Improvement – the Joint Commission*. Volum 19, no 10, October

Befring, A.K og Ohnstad, B (2001): *Helsepersonelloven med kommentarer*. Bergen, Fagbokforlaget

Deming, W.E (2000): *Out of crisis*, Mass.: Massachusetts Institute of Technology, Center for Advanced Engineering Study

Fuglestad, O. L og Lillejord, S (1997): *Pedagogisk ledelse*. Oslo, Fagbokforlaget

Gilje, N og Grimen, H (1993): *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger*. Oslo, Universitetsforlaget

Grønmo, S (2004): *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Oslo, Fagbokforlaget

Hamran, T (1993): *Organisasjonsformen – et uttrykk for faglige verdier*. I: Kirkevold, M. (red.): *Klokskap og kyndighet*. Oslo, Ad Notam Gyldendal

Helsetilsynet (2005): *Pleie- og omsorgstjenester på strekk*. Oslo, rapport nr. 7

Jakobsen, R (2005): *Klar for fremtiden?* Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS

Johannessen, J og Olaisen, J (1995): *Prosjekt*. Oslo, Fagbokforlaget

Krogstad, U.B og Foss, C (1997): *Det handler om å kunne snu seg: sykepleie-kompetanse-handlekraft*. Oslo, Ad Notam Gyldendal

Kvale, S (1997): *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS

Kyrkjebø, J.M (1998): *Kvalitetsutvikling i helsetjenesten*. Bergen, Fagbokforlaget

Kyrkjebø, J.M (2004): *Learning to improve: Integrating continuous quality improvement learning into nursing education*. Departement of Education/Research Centre for Health Promotion, Faculty of Psychology, University of Bergen

Levin, M og Klev, R (2002): *Forandring som praksis. Læring og utvikling i organisasjoner*. Oslo, Fagbokforlaget

Lov om helsepersonell: (1999, sist endra 2003)

Lov om helsetjenesten i kommunene: (1982, sist endra 2005)

Lov om sosiale tjenester: (1992, sist endra 2004)

Mikkelsen, LN, Blystad, R og Stenstadvold, M (2005): *Kvalitetsstyring i pleie og omsorg*. Oslo, Kommuneforlaget AS

Nordhaug, Odd (1998): *Strategisk personalledelse*. Oslo, Universitetsforlaget

Nordstrøm, K.A og Ridderstråle, J (2006): *Funky business, med talent danser kapitalen*. Oslo, Universitetsforlaget

Norsk Sykepleierforbund (2005): *Sykepleierutdanning og forskning*. Hefte. Oslo, NSF

Norsk Sykepleierforbund (2005): *Sykepleier med lederansvar*. Hefte. Oslo, NSF

NOU: 200:18 (2004): *Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene*. Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og sosialdepartementet

Orvik, A (2004): *Organisatorisk kompetanse*. Oslo, Cappelens forlag

Peters, T (1998): *Tenk nytt. Bare de kreative overlever*. Oslo, Hjemmets Bokforlag

Rammeplan og forskrift for 3-årig sykepleierutdanning. Godkjend av kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet 2004

Ryen, A (2002): *Det kvalitative intervjuet*. Oslo, Fagbokforlaget

Røvik, K.A (1998): *Moderne organisasjoner. Trender i organisasjonstenkingen ved tusenårsskiftet*. Bergen, Fagbokforlaget

Senge, P.M (2004): *Den femte disiplin. Kunsten å utvikle den lærende organisasjon*. Oslo, Egmont, Hjemmets Bokforlag

Sosial- og helsedepartementet og Statens Helsetilsyn (1995): *Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten*. IK 2482. Oslo

Sosial- og helsedirektoratet (2003): *Veileder i saksbehandling og dokumentasjon for pleie- og omsorgstjenesten*. IS-10/40. Oslo

Sosial- og helsedirektoratet (2004): *Hvordan holde orden i eget hus*. IS-1183. Oslo

Sosial- og helsedirektoratet (2004): *Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven*. IS-1201. Oslo

Sosial- og helsedirektoratet (2004): *Nasjonale mål, hovedprioriteringer og tilskudd*. IS-1/2004. Oslo

- Sosial- og helsedirektoratet (2004): *Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven*. IS-1201. Oslo
- Sosial- og helsedirektoratet (2005): *....og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten*. IS-1162. Oslo
- Sosial- og helsedirektoratet (2005): *Handlingsplan for å styrke forbedringskunnskapens plass i sosial- og helsefaglige utdanninger*. Oslo
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005): *Psyisk helsearbeid for voksne i kommunene*. Veileder IS-1332. Oslo
- Sosial- og helsedirektoratet (2006): *Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren*. Rapport, IS-1368. Oslo
- Stensaasen, S (1996): *Total kvalitetsledelse i praksis*. Kristiansand, Høyskoleforlaget
- Stortingsmelding nr. 45, (2002 – 2003): *Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstjenestene*. Oslo, Det Kongelige Sosialdepartement
- Stortingsmelding nr. 45 (2002 – 2003): *Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstjenestene*.
- Strand, T (2001): *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen, Fagbokforlaget
- Øgar, P og Hovland, T (2004): *Mellom kaos og kontroll*. Oslo, Gyldendal akademisk
- Øgar, P (2006): *Kvalitet og kvalitetsutvikling i helsetjenesten i USA – hva kan vi lære?*
- Øgar, P (2006): *Ny nasjonal helsereform – en kvalitetsreform? Kronikk i Dagens Medisin*

Vedlegg 1 Informasjon til informantane om studiet

Til informantane. Informasjon om studiet, og førespurnad om deltaking.

Underskrivne er student ved Høgskulen i Sogn og Fjordane, masterstudiet i organisasjon og leiing, avdeling for økonomi og språk. Eg arbeider som pleie- og omsorgssjef i Eid kommune, har full stilling, og tek ovannemnde utdanning på deltid. Eg ønskjer deg som informant til studiet eg skal gjennomføre.

Temaet for studiet er :

”Kommunale pleie- og omsorgstenester – budde på framtida?Ein studie av sjukepleiarkompetanse, leiing og kvalitet”.

Problemstillinga er:

”Kva kompetanse trengst for å kunne leie, utvikle og yte kvalitetstenester i pleie og omsorg i ei endringstid?”.

Eg ønskjer å få eit innblikk i kva syn tenesteleiarane i kommunale pleie- og omsorgstenester har på kvalitet og kvalitetsutvikling. Kva haldningar har dei til kompetanse, kva kunnskap meiner dei er sentral for å kunne skape ein best muleg kontekst for leiing, oppfylle lovkrav og skape gode tenester, og kva handlingsrom har leiarane i høve til å prioritere kompetansebygging og utviklingsarbeid. Eg ønskjer å sjå på samanhengen mellom medarbeidarkompetanse (i denne undersøkinga avgrensa til sjukepleiarkompetanse) og utøving av leiing.

Eg har behov for kvalitative data, ut frå mi problemstilling, og vil nytte ein metode med uformell intervjuing av 8 avdelingsleiarar/pleie- og omsorgsleiarar, i 2 kommunar.

Eg har fått løyve frå rådmannen i din kommune til å kontakte aktuelle informantar, og gjennomføre intervju i arbeidstida på arbeidsstaden. Eg vil handsame opplysningar og tekst i samsvar med Høgskulen sine retningslinjer. Eg tek opp intervjuet på lydband, og alt datamateriale (lydband og tekstutskrift) vert anonymisert og trygt lagra.

Eg reknar med ein tidsbruk på ca. 1 – 1,5 t.til kvart intervju, og det kan bli behov for å utdjupe/opplare teksten.

Eg sender teksten til informantane etter utskriving, og eg ønskjer eit skriftleg samtykkje om deltaking frå kvar informant.

Min rettleiar er Øyvind Glosvik, førsteamanuensis, Høgskulen i Sogn og Fjordane.

Eg kan kontaktast på mobiltlf. 48 00 93 93, tlf. arbeid: 57885856, E-mail:

kari.krogh@eid.kommune.no

Vedlegg 2 Demografiske data

Namn:.....

1. Stillingsfunksjon:.....

Kliniske oppgåver: Ja ☐ Nei ☐

2. Kor lenge har du vore i denne stillinga:.....

3. Yrkeserfaring i leiarstillingar:.....

4. Vidareutdanning:.....

5. Alder:.....

6. Kjønn:

Kvinne ☐ Mann ☐

7. OmfangSjukepleiarårsverk:.....

Andre tilsette/årsverk:.....

Tal på pasientar du har ansvaret for.....

8. Tilgang på sjukepleiarar:

God ☐ Dårlig ☐

9. Organisering/leiarnivå under rådmann:

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐

10. Kommunestorleik:

Under 5 000 ☐

Over 5 000 ☐

11. Økonomiske vilkår:

Romslege ☐ Trongje ☐

Vedlegg 3 Informert samtykke

Informert samtykke.

Eg gjev med dette samtykke til å vere informant i studiet til Kari Krogh, som har tema:
”*Kommunale pleie- og omsorgstenester – budde på framtida?Ein studie av sjukepleiarkompetanse, leiing og kvalitet*”.

Eg er kjend med at føremålet med studiet er å få ei større bevisstgjerung om kva sjukepleiefagleg kompetanse det er behov for i kommunale pleie- og omsorgstenester, og kva innverknad sjukepleiaren sin kunnskap og forståing har på styring og leiing.

Eg har fått informasjon om metode og innhald i prosjektet.

Eg gjev løyve til at mine data, anonymiserte, vert nytta i forskningsarbeidet, og at dei kan offentleggjerast gjennom publisering av masteroppgåva.

Eg gjev mi godkjenning til intervju, og at samtalen vert teken opp på lydband. Eg er informert om korleis data vert lagra og sikra.

Dersom eg ønskjer å trekkje meg som informant, skal mine data ikkje nyttast i det vidare.

Signatur.....stad/dato.....